

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PARA LA GESTIÓN DE  
LOS PROCESOS EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL, DIME  
CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR SA.**

**LINA MARÍA ARÉVALO MONTENEGRO  
JEIMMY ANDREA CASTILLO ARAGÓN**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE  
FACULTAD DE INGENIERÍA  
DEPARTAMENTO DE OPERACIONES Y SISTEMAS  
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
SANTIAGO DE CALI  
2014**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PARA LA GESTIÓN DE  
LOS PROCESOS EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL, DIME CLÍNICA  
NEUROCARDIOVASCULAR SA.**

**LINA MARÍA ARÉVALO MONTENEGRO  
JEIMMY ANDREA CASTILLO ARAGÓN**

**Proyecto de grado para optar al título de  
Ingeniero Industrial**

**Director  
JENNY ALEXANDRA MOSQUERA  
Ingeniera Industrial**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE  
FACULTAD DE INGENIERÍA  
DEPARTAMENTO DE OPERACIONES Y SISTEMAS  
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
SANTIAGO DE CALI  
2014**

**Nota de aceptación:**

**Aprobado por el comité de Trabajo de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad Autónoma de Occidente para optar al Título de Ingeniero Industrial.**

**MARGOT CAJIGAS**

---

**Jurado**

**JORGE EDUARDO CALPA**

---

**Jurado**

**Santiago de Cali, 4 Agosto de 2014**

## **CONTENIDO**

	<b>pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>13</b>
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA</b>	<b>16</b>
<b>2.1 GENERALIDADES DE LA EMPRESA</b>	<b>16</b>
<b>2.1.1 Historia</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2 Servicios que presta la institución</b>	<b>19</b>
<b>2.1.3 Usuarios</b>	<b>20</b>
<b>2.2 DIRECTRICES ORGANIZACIONALES</b>	<b>20</b>
<b>2.2.1 Misión</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2 Visión</b>	<b>20</b>
<b>2.2.3 Principios</b>	<b>20</b>
<b>2.2.4 Valores institucionales</b>	<b>20</b>
<b>2.2.5 Objetivos Estratégicos</b>	<b>20</b>
<b>2.2.6 Estructura Organizacional</b>	<b>21</b>
<b>2.2.7 Proyección para el desarrollo Institucional</b>	<b>21</b>
<b>2.2.8 Política de Calidad</b>	<b>22</b>
<b>2.2.8.1 Objetivos de calidad</b>	<b>23</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>24</b>
<b>3.1 ÁRBOL DEL PROBLEMA</b>	<b>24</b>

<b>3.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA</b>	<b>25</b>
<b>3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>26</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>28</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
<b>5.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>29</b>
<b>5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>29</b>
<b>6. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>30</b>
<b>6.1 MARCO TEÓRICO</b>	<b>30</b>
<b>6.1.1 Sector salud</b>	<b>30</b>
<b>6.1.2 Niveles en el sector salud</b>	<b>31</b>
<b>6.1.3 Gestión por procesos</b>	<b>31</b>
<b>6.1.4 Indicadores de gestión</b>	<b>34</b>
<b>6.1.5 Indicadores de gestión en el sector salud</b>	<b>35</b>
<b>6.1.6 Balanced Scorecard / Cuadro de Mando Integral</b>	<b>35</b>
<b>7. METODOLOGÍA</b>	<b>37</b>
<b>7.1 ETAPAS DEL PROYECTO</b>	<b>37</b>
<b>7.1.1 Descripción y relación de los procesos</b>	<b>37</b>
<b>7.1.2 Determinación de los indicadores de gestión de los procesos</b>	<b>38</b>
<b>7.1.3 Creación de una herramienta para Clínica Dime Neurocardiovascular</b>	<b>38</b>
<b>8. DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LOS PROCESOS</b>	<b>39</b>
<b>8.1 GESTIÓN POR PROCESOS</b>	<b>39</b>
<b>8.1.1 Elaboración de documentos</b>	<b>39</b>

8.1.1.1 Encabezado	39
8.1.1.2 Pie de página	42
8.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	43
9. DETERMINAR LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS	47
10. CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR	56
10.1 MENÚ PRINCIPAL	56
10.2 PLAN ESTRATÉGICO	57
10.3 MAPA ESTRATÉGICO	57
10.4 INTRODUCIR DATOS	58
10.5 COMPORTAMIENTO DE INDICADORES	59
10.6 OBSERVACIONES Y ACCIONES	60
11. CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	67

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1. Servicios que presta la institución</b>	<b>19</b>
<b>Figura 2. Organigrama</b>	<b>21</b>
<b>Figura 3. Proyección para el desarrollo institucional</b>	<b>22</b>
<b>Figura 4. Estructura árbol del problema</b>	<b>24</b>
<b>Figura 5. Tipos de procesos</b>	<b>32</b>
<b>Figura 6. Mapa de Procesos</b>	<b>40</b>
<b>Figura 7. Menú principal tablero de mando</b>	<b>56</b>
<b>Figura 8. Plan Estratégico Dime Clínica Neurocardiovascular</b>	<b>57</b>
<b>Figura 9. Mapa estratégico</b>	<b>58</b>
<b>Figura 10. Introducir datos</b>	<b>59</b>
<b>Figura11. Comportamiento de los indicadores</b>	<b>60</b>
<b>Figura 12. Observaciones y acciones a tomar</b>	<b>61</b>

## LISTA DE CUADROS

	pág.
<b>Cuadro 1. Tipos de documentos y siglas</b>	<b>41</b>
<b>Cuadro 2. Plantilla de encabezado</b>	<b>42</b>
<b>Cuadro 3. Plantilla pie de página</b>	<b>43</b>
<b>Cuadro 4. Plantilla ficha técnica del proceso</b>	<b>44</b>
<b>Cuadro 5. Caracterización del proceso de Gestión de Calidad</b>	<b>45</b>
<b>Cuadro 6. Plantilla plan de seguimiento y control</b>	<b>49</b>
<b>Cuadro 7. Plan de seguimiento y Control de Gestión de Calidad</b>	<b>52</b>



## **LISTA DE ANEXOS**

	<b>pág.</b>
<b>Anexo A. Caracterización de los procesos</b>	<b>67</b>
<b>Anexo B. Planes de seguimiento y control</b>	<b>99</b>

## RESUMEN

En éste proyecto se diseña un sistema de seguimiento y control para la gestión de los procesos en la institución de salud de cuarto nivel, Dime Clínica Neurocardiovascular SA, con el fin de crear una estrategia que permita estandarizar y definir los indicadores que reflejan la gestión de los procesos de la institución. La definición de indicadores dentro de un proceso permite reflejar la administración en mediciones específicas que hacen que la toma de decisiones se realice de manera acertada ya que se basan en hechos y datos. Al no fortalecer éste aspecto en la Clínica se pueden generar inconformidades del usuario y planes de mejoramiento ineficientes que no contribuyen al cumplimiento de la misión y visión organizacional.

Para el desarrollo del proyecto, se realizan visitas a la Clínica Dime Neurocardiovascular en las que se obtiene información general de la empresa e información sobre la operación y relación de los procesos. Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se establecen 3 partes representadas en el capítulo 8, 9 y 10. El capítulo 8, hace referencia a la gestión por procesos que maneja la institución, además explica la relación que existe entre cada uno de los procesos y describe la ejecución de las actividades. El capítulo 9, consta de todos los indicadores creados para medir la gestión de cada uno de los procesos de la clínica y se dan las especificaciones necesarias para su aplicación. El capítulo 10, contiene una herramienta basada en la teoría del Balanced Scorecard para que la clínica consolide los indicadores y mida la gestión.

**Palabras Claves:** Calidad, procesos, indicadores de gestión, tablero de mando, gestión por procesos.

## INTRODUCCIÓN

Las empresas de salud a través del tiempo han tenido que crear estrategias para adecuarse a los estándares de calidad que se establecen a nivel nacional, para ello se han implementado prácticas de calidad que han llevado a un mejoramiento continuo. Una de las herramientas que permite medir el nivel de gestión es la definición de indicadores para los servicios que se prestan en las entidades.

El presente trabajo se desarrolló en la clínica Dime Neurocardiovascular, el problema encontrado en la entidad fue que la gestión de los procesos se medía a través de análisis cualitativos que no brindaban suficiente información para tomar decisiones, el objetivo general que dio solución a este problema fue diseñar un sistema de seguimiento y control para los procesos en la institución de salud, para dar cumplimiento a éste objetivo se plantearon tres objetivos específicos, los cuales fueron: describir y relacionar cada uno de los procesos de Dime clínica Neurocardiovascular para la identificación de factores que requieren ser medidos para la gestión, determinar los indicadores de gestión de los procesos a través de un modelo sistemático de seguimiento y control para la estandarización y crear una herramienta para que la institución de salud calcule y mida la gestión de los procesos.

Para el desarrollo del proyecto se realizó una metodología en la cual se recolectaron los datos directamente de la institución, se desarrolló en tres etapas que responden a los objetivos planteados, en la primera etapa, se realizó una descripción y relación de los procesos, se recolectó información a través de visitas a la empresa y se seleccionó la información relevante para el proyecto, en la segunda etapa se determinaron los indicadores de gestión de los procesos, su importancia y responsables del control, en la tercera etapa se creó una herramienta que permitió a la clínica medir los indicadores.

En la ejecución de las etapas planteadas se encontró que la clínica Dime maneja una gestión por procesos estructurada a través de tres grupos, los procesos de direccionamiento, misionales y de apoyo, la gestión documental es estructurada y en los procesos se identifican las fases que los componen, desde las entradas hasta las salidas, los indicadores que se calculan no tenían una estructura estandarizada para realizar el seguimiento y control, la clínica no tenía una herramienta para consolidar la información de los indicadores que les permitiera mayor organización y análisis de la gestión.

El proyecto inicia con la explicación del origen del problema y la formulación, se recopilaron antecedentes para la ejecución del proyecto, se explican conceptos teóricos relevantes, se plantean los objetivos y la metodología utilizada, se desarrollan las etapas y se concluye con los resultados alcanzados.

## 1. ANTECEDENTES

Mediante un proceso de investigación se realizó la búsqueda de temas relacionados con la calidad y los indicadores de gestión en el sector salud, ésta investigación se realizó en fuentes como bases de datos como PROQUEST, EBSCO, Business Source Premier, libros, informes, artículos y tesis como introducción a la gestión de calidad y otros, a nivel nacional e internacional.

Perea<sup>1</sup>, plantea en su escrito “la calidad como factor determinante de la competitividad de la PYME Veracruzana”, que la calidad, es un factor que influye notablemente en la competitividad de Veracruz, mediante pruebas y análisis de evidencias primarias se evalúa la validez y confiabilidad de los factores que determinan un modelo de calidad y se concluye que si se modifican estas variables como número de trabajadores, recursos humanos, experiencia en el trabajo, edad del trabajador, puede influir de forma positiva o negativa en los resultados de los indicadores que componen el sistema de calidad empresarial y por tanto la competitividad de la misma, éste resultado finalmente influye a la competitividad en general de la región.

Guarneros<sup>2</sup>, en su escrito “Sistemas de gestión de calidad para pequeñas y medianas empresas”, resalta que la planeación, el aseguramiento, control y cumplimiento de requisitos de la producción de bienes y servicios, son factores indispensables y necesarios en las medianas empresas ya que después de los 80 las empresas adquieren un concepto de calidad diferente orientado a la satisfacción del cliente, para ello se convierte en un aspecto importante la implementación de un sistema de gestión que garantice la satisfacción total de los requerimientos, además de la medición del miso, después de éste análisis el autor realiza algunas recomendaciones para la implementación del sistema de calidad, algunas de estas estrategias son: Definir la tarea de implementar el sistema de gestión, tener en cuenta la norma ISO 9000 la cual puede ser útil para el diseño del sistema, estandarizar procesos y medir la gestión, enfocar la producción o servicios a procesos, capacitación sobre la norma, creación de grupo de trabajo, identificación y alineación de procesos, tener la documentación necesaria del proceso, realizar seguimiento. Si se tienen en cuenta las observaciones se espera

---

<sup>1</sup> PEREA, Joaquín. La calidad como factor determinante de la competitividad de la pyme Veracruzana. [En línea] México. Octubre, 2012. 18p. [Consultada el 25 de febrero de 2013] Disponible en: <http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/anteriores/xvii/docs/C20.pdf>

<sup>2</sup> GUARNEROS RICO, José Ricardo. Sistemas de gestión de calidad para pequeñas y medianas empresas. [En línea] México. Junio 2010. [Consultada el 23 de febrero de 2013] Disponible en: <http://suite101.net/article/sistemas-de-gestion-de-calidad-para-pequenas-y-medianas-empresas-a17319#axzz2LSMYBqY3>

que la competitividad de la empresa aumente y gane posiciones en el mercado tanto nacional como internacional.

Huerta y otros<sup>3</sup>, en su texto “Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público”, afirma que las estrategias de los directivos deben guiarse por el análisis oportuno de los indicadores de gestión en salud, de esta manera se asegura una atención de calidad a los usuarios de una red asistencial de salud pública, para llegar a ésta conclusión los autores realizan un estudio a un servicio de salud pública en Chile analizando los indicadores de gestión relevantes, a través de un análisis longitudinal para el periodo 2006-2010, los resultados del estudio que los indicadores de gestión en salud direccionan las estrategias utilizadas por los directivos que pertenecen a una Red Asistencial de Salud Pública y se concluye que las estrategias adoptadas por los directivos deben estar guiadas por el análisis oportuno a los indicadores de gestión en salud, con la finalidad de brindar una atención de calidad a los usuarios de una Red Asistencial de Salud Pública.

Bedoya<sup>4</sup>, en su escrito “Hojas metodológicas Indicadores Sector Salud”, afirma que las hojas metodológicas de indicadores son herramientas que permiten mejorar la formulación y el seguimiento a los proyectos del sector salud, en el proyecto se desarrollan las hojas metodológicas en donde se especifica las siguientes características de los indicadores de gestión: sector, tema, producto, gestión e impacto, nombre del indicador, formula, definición de variables, unidad de medida, con este estudio se obtiene que la herramienta planteada es útil para establecer un seguimiento a la gestión de los servicios prestados en las entidades de salud.

Cárdenas<sup>5</sup> y otros en el proyecto “Indicadores de gestión de los programas académicos de campo PAC de la universidad del Rosario” afirma que teniendo en cuenta las normas que precisan requerimientos básicos de calidad en servicios de salud y que deben aplicarlas los distintos programas educativos de salud es

---

<sup>3</sup> HUERTA, Patricia. PAÚL, Iván. LEYTON, Carolina. “Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud pública”. [En línea] Chile. Abril 12 de 2012. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a06>

<sup>4</sup> BEDOYA ROLDÁN, Paula Andrea. “Hojas Metodológicas Indicadores de Sector Salud”. [En línea] Colombia, Bogotá. Julio 17 de 2006. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: [https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DIFP/Bpin/H\\_Metodolo\\_Indicadores\\_Sector\\_Salud.pdf](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DIFP/Bpin/H_Metodolo_Indicadores_Sector_Salud.pdf)

<sup>5</sup> CÁRDENAS, Claudia Liliana. MARTINEZ, Margin. RODRIGUEZ, Luis Fernando. “Indicadores de Gestión de los programas Académicos de campo de la Universidad del Rosario”. [En línea] Colombia, Bogotá. Julio 17 de 2006. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/17/17a229b8-77e7-41a6-8c4a-e5a368e6bb14.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/17/17a229b8-77e7-41a6-8c4a-e5a368e6bb14.pdf)

necesario establecer el seguimiento y evaluación de los PAC a través de la medición de indicadores de gestión de todas las intervenciones o actividades desarrolladas en las prácticas formativas, para ello se usa una metodología en donde se realiza un trabajo de campo para investigar los requerimientos de medición y se crean los indicadores, con el estudio se obtuvo que la creación de indicadores permiten medir el desempeño de las prácticas de salud en estudiantes apuntando a un mejoramiento continuo.

Salina y otros en su escrito “Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el ministerio de salud en Chile”, encuentra que los indicadores de salud no son considerados una prioridad para la asignación de recursos, pero en realidad son una herramienta que permite gestionar y asignar los recursos. La metodología consistió en estudiar la situación de los servicios de Chile con datos de 2001, se estudian las variables generadas o las monitorizadas por el instituto Nacional de estadísticas, ministerio de salud, ministerio de hacienda, ministerio de planificación y cooperación y fondo nacional de salud, a partir de éste estudio se obtuvo una matriz en la cual se relacionan las entidades con los resultados de los indicadores más relevantes en los cuales se observa el comportamiento de los servicios prestados, con el fin de proponer mejoras.

Con toda la información recolectada se concluye que el tema de calidad en las medianas empresas, ha tenido auge en el mundo, en especial en las del sector salud, se han realizado estudios en los que se demuestra la importancia de la implementación de métodos de calidad y la medición de la gestión para la toma de decisiones que permiten a las entidades direccionar, como ya se mencionó existen estudios que determinan un plan de seguimiento y medición para brindar un servicio de salud de calidad a los usuarios, además se muestran estudios en donde se verifica la debilidad de algunas entidades de salud en la definición de las mediciones que se deben realizar para identificar los aspectos en los que se pueden mejorar, a partir de allí se puede concluir que existen entidades en las que se mide la gestión a través de análisis cualitativos que no permiten tomar decisiones sustentadas sino subjetivas.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA**

### **2.1 GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

**2.1.1 Historia.** En 1988 un grupo de médico, profesores universitarios tuvieron la idea de crear un centro que reuniera la mayoría de las modalidades de diagnóstico para el apoyo del cuerpo médico.

A raíz de dicha idea el 25 de enero se constituye la sociedad denominada “Grupo Médico”, ya el 9 de septiembre del mismo año se realiza una reforma estatutaria donde se cambió la razón social por DIMED SA

La adquisición de la sede y la creación de la empresa se realizó con aportes de cada uno de los accionistas y financiamiento bancario, igualmente los equipos fueron adquiridos a través de leasing, metodología que es utilizada en la actualidad para la renovación de la tecnología progresivamente.

El 27 de abril de 1994 la institución cambia su razón social por DIME Diagnóstico Médico SA, constituyéndose en el concepto único en Colombia de servicio especializado de diagnóstico, registrando su marca a nivel nacional.

En el año de 1995 como aporte a la comunidad DIME crea una sede ubicada en el Hospital San Juan de Dios, llamada Diagnóstico especializado San Juan de Dios, en el mismo año se realiza la reforma estatutaria quedando como razón social DIME SAN JUAN DE DIOS, prestando servicios como Escanografía, Ecografía, Mamografía de la población de escasos recursos. Culminan sus actividades con el cierre de la sede en el año 2009.

En el año 2001 se crea una sociedad entre el Centro Médico Imbanaco y DIME para la apertura de otra sede la cual es llamada DIAGNOSTICANDO SA. En el año 2003, el Centro Médico Imbanaco vende su participación a DIME y cambia su razón social a DIME SUR y prestó sus servicios a la comunidad hasta el año 2007.

Después de 15 años de funcionamiento y consolidación de los servicios ofrecidos, logra un posicionamiento en el Sur Occidente Colombiano a través del mejoramiento continuo y en abril de 2004 recibe su certificación de calidad ISO 9001: 2000, otorgada por el ente certificador ICONTEC.



Durante éste año continua la vanguardia y liderazgo; entrega a toda la comunidad general de la ciudad de Cali el equipo de Resonancia Magnética de 1.5 teslas, la apertura de la Unidad de Cardiología no Invasiva, la cual incluye consulta y diagnóstico.

Para el año 2006 amplió su alcance de certificación del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000 para los servicios de cardiología no invasiva.

Con el propósito del crecimiento continuo de la institución en agosto de 2006 inicia su proyecto constructivo para el nuevo servicio de Hemodinamia, siendo una línea de tratamiento especializado para enfermedades vasculares del corazón y cerebro.

En el fortalecimiento de su tecnología de punta, en el año 2007 se pone en servicio el nuevo equipo de Rayos X, para procedimientos convencionales y fluroscopia, con un sistema digital para radiología el cual brinda calidad de imagen en los diagnósticos, se adquiere el Escanógrafo Multicorte 64 Dual; éste avance tecnológico de 64 cortes implica velocidades inferiores a 1 segundo y espesor de los cortes inferiores a 1 mm, que permite estudiar sin cateterismo las arterias coronarias, cerebrales, corazón , aorta, que son el foco para hacer un diagnóstico temprano.

De igual forma adquiere un segundo equipo llamado Torre de Video Endoscopio Exera 145 con Gastroscopio, con el único fin de aumentar la oportunidad en el servicio en nuestros clientes.

Renueva su tecnología en Densitometría, Mamografía Digital, instalación del tercer Equipo de Rayos X e implementa el sistema digital que permite oportunidad y calidad de la imagen.

Después de 20 años como centro de diagnóstico DIME incursiona en el nivel IV de tratamiento con la más moderna unidad Neurocardiovascular, con el respaldo de un grupo de científicos altamente calificados y los equipos más avanzados para Cateterismo y Cirugía Cardiovascular. En septiembre 12 de 2007 realiza su primer procedimiento de Angiografía, en noviembre 28 se hace la primera cirugía cardiovascular de corazón abierto y en diciembre 7 del mismo año, se hace apertura del servicio de urgencia Neurocardiovascular.

A mediados del año de 2008 se inicia la estructuración de los nuevos procesos para la nueva línea de servicio de tratamiento Neurocardiovascular, con el fin de ampliar el alcance de certificación de la norma ISO 9001:2008.

A finales del año 2008 la clínica muestra un crecimiento con sus nuevos servicios viéndose en la necesidad de proyectar 8 cubículos más para la atención de pacientes críticos – UCIN.

En marzo del año 2009 llega a la clínica el nuevo equipo de resonancia magnética de 3 teslas, único en Sur América, el cual permite realizar procedimientos más complejos y con mayor precisión.

Debido a la gran acogida de la institución por sus nuevos servicios clínicos altamente especializados, la asamblea de accionistas decide reformar su razón social a DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR, en el mes de mayo de 2009.

En el mes de junio de 2009 se amplía el alcance de certificación de los nuevos servicios de tratamiento Neurocardiovascular, además se actualizan los requisitos de la norma ISO 9001:2008, ya que desde el año 2004 la institución contaba con la versión 2000.

En diciembre 22 de 2009, se habilita el servicio de trasplante renal para la inscripción a la Red Nacional de Trasplantes.

Para el año 2010 en el mes de febrero se adquiere la certificación del INVIMA para las buenas prácticas de manufactura de elaboración de medicamentos de unidosos, siendo la segunda institución a nivel nacional, en marzo 17 se realiza el primer trasplante renal, en julio 15 se instala un segundo equipo de angiografía con tecnología biplano y a finales del mes de diciembre se adecúa una sala híbrida en el servicio de Hemodinamia, creada para tener un ambiente completamente estéril que permite realizar procedimientos combinados de cirugía cardiovasculares y simultáneamente cateterismos, esto garantiza mejores resultados clínicos que traduce en menor número de complicaciones, el primer procedimiento que se realiza en ésta exclusiva sala fue el 20 de enero de 2011.

Para el año de 2011 DIME Clínica Neurocardiovascular, en el mes de octubre adquiere la certificación de Buenas Prácticas Clínicas que le permite realizar investigación con medicamentos en seres humanos.

En septiembre 15 adquiere la habilitación de alta complejidad para el servicio de trasplante de corazón.

Tomado de: Clínica Dime Neurocardiovascular

**2.1.2 Servicios que presta la institución.** Actualmente Dime Clínica Neurocardiovascular presta 2 tipos de servicios, los servicios hospitalarios, los cuales requieren que el paciente tenga una estancia prolongada y los servicios diagnósticos, en los que se realiza un procedimiento ambulatorio y el paciente no requiere estancia. En la figura 1 se describen cada uno de los servicios que ofrece la Clínica.

**Figura 1. Servicios que presta la institución**



**2.1.3 Usuarios.** Dime Clínica Neurocardiovascular es una clínica de alta complejidad la cual atiende a pacientes adultos mayores con enfermedades Neurocardiovasculares, los pacientes provienen de las entidades con las que la institución establece convenios, dentro de estas instituciones están las Entidades Prestadoras de Salud Subsidiadas (EPS-S), Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), particulares, Medicina Prepagada (MP), otras entidades.

## **2.2 DIRECTRICES ORGANIZACIONALES**

**2.2.1 Misión.** Somos una clínica dedicada a proteger la salud y mejorar la calidad de vida de la población, mediante dos líneas de servicio el diagnóstico médico y el manejo integral de enfermedades Neurocardiovasculares, con programas especializados, tecnología de punta, equipo humano competente y comprometido bajo los más altos estándares de calidad e investigación.

**2.2.2 Visión.** En el 2017 ser reconocida nacional e internacionalmente como una Clínica Neurocardiovascular especializada, certificada y acreditada con liderazgo médico, científico y tecnológico, servicio al cliente de excelencia, crecimiento continuo, nuevas líneas de tratamiento y responsabilidad social.

**2.2.3 Principios.** Lealtad, ética profesional, transparencia, confidencialidad, cumplimiento con la normatividad, respeto, calidad.

**2.2.4 Valores institucionales.** Pasión por el trabajo, entrega hacia los demás, lealtad por la empresa, trabajo en equipo.

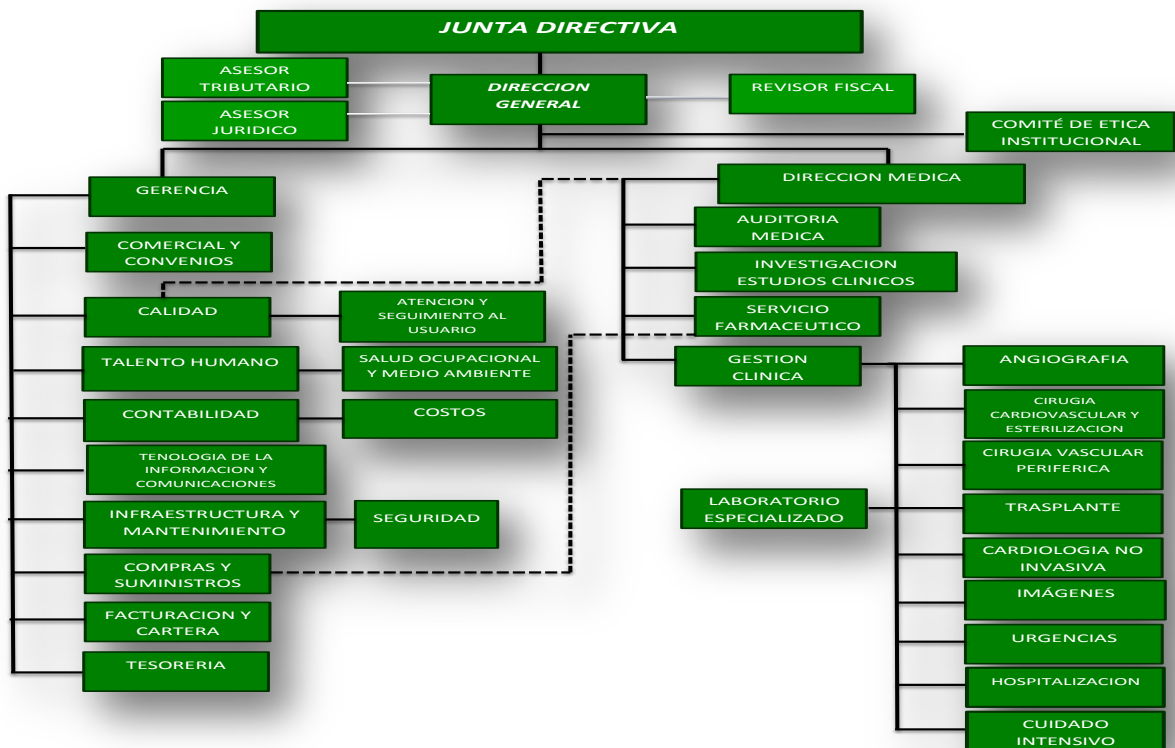
**2.2.5 Objetivos Estratégicos.** Dime Clínica Neurocardiovascular ha establecido su dirección estratégica a través de los enfoques que define el Balanced Scorecard, estos son:

- **Aprendizaje y crecimiento.** Garantizar un modelo sostenible que permita contar con un recurso humano idóneo, competente y comprometido con la institución.

- **Procesos Internos.** Garantizar la ejecución y gestión eficiente de los procesos instituciones.
- **Usuarios.** Garantizar servicios de salud con oportunidad, calidad y de manera segura.
- **Financieros.** Captar, asignar, ejecutar y controlar los recursos económicos que garantice la sostenibilidad económica y financiera.

**2.2.6 Estructura Organizacional.** En Dime Clínica Neurocardiovascular se presenta una estructura organizacional la cual se divide en dos grandes directrices, la gerencia, encargada de la parte administrativa y la dirección médica, encargada de la parte asistencial, en la figura 2 se presenta la estructura organizacional de la institución.

**Figura 2. Organigrama**

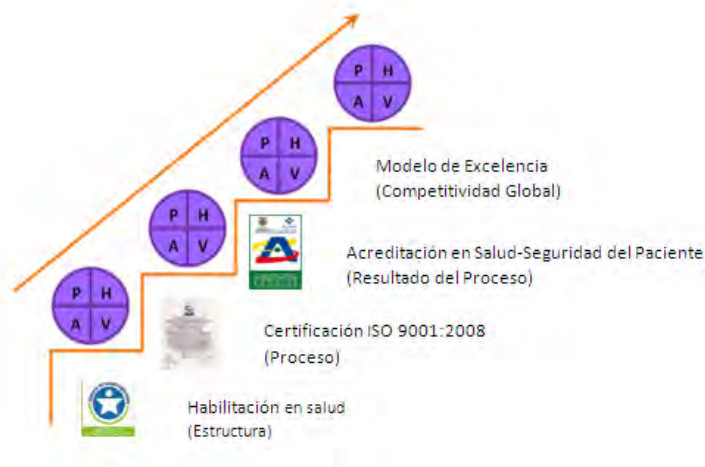


**Fuente:** Dime Clínica Neurocardiovascular

**2.2.7 Proyección para el desarrollo Institucional.** Las entidades de salud deben cumplir con las normas básicas para prestar los servicios a los usuarios, las

cuales están establecidos en la resolución 1441 de 2006, ésta contiene las pautas para la habilitación de un servicio, la habilitación es el primer paso para iniciar con el proceso de mejoramiento continuo. Actualmente la Clínica se encuentra en proceso de acreditación, la acreditación en salud es un sistema de calidad enfocado en la seguridad del paciente, lo cual hace que los parámetros de verificación sean más exigentes y la gestión se muestre en los resultados del proceso. Dime Clínica Neurocardiovascular ha diseñado su proyección institucional representada en la figura 3, en ésta se muestra los pasos necesarios para llegar a un modelo de excelencia el cual se encuentra plasmado en la visión organizacional.

**Figura 3. Proyección para el desarrollo institucional**



**Fuente:** Dime Clínica Neurocardiovascular.

### 2.2.8 Política de Calidad. La política que enuncia la clínica es la siguiente:

Nuestro compromiso es la atención integral en la prestación de servicios de salud de alta complejidad Neurocardiovascular y trasplantes, con calidad humana y tecnología de punta, bajo un marco de mejoramiento continuo. Basados en principios, valores y procesos seguros hacia los usuarios y la comunidad.

Con nuestros usuarios: Brindar servicios de diagnóstico y tratamiento altamente confiables, con oportunidad en la atención, y actitud de servicio por parte de nuestros colaboradores.

Con nuestros colaboradores: Favorecer el mejor ambiente laboral, motivado con capacitación permanente, estabilidad laboral y desarrollo profesional.

Con nuestros accionistas: A generar rentabilidad y crecimiento sostenible como empresa.

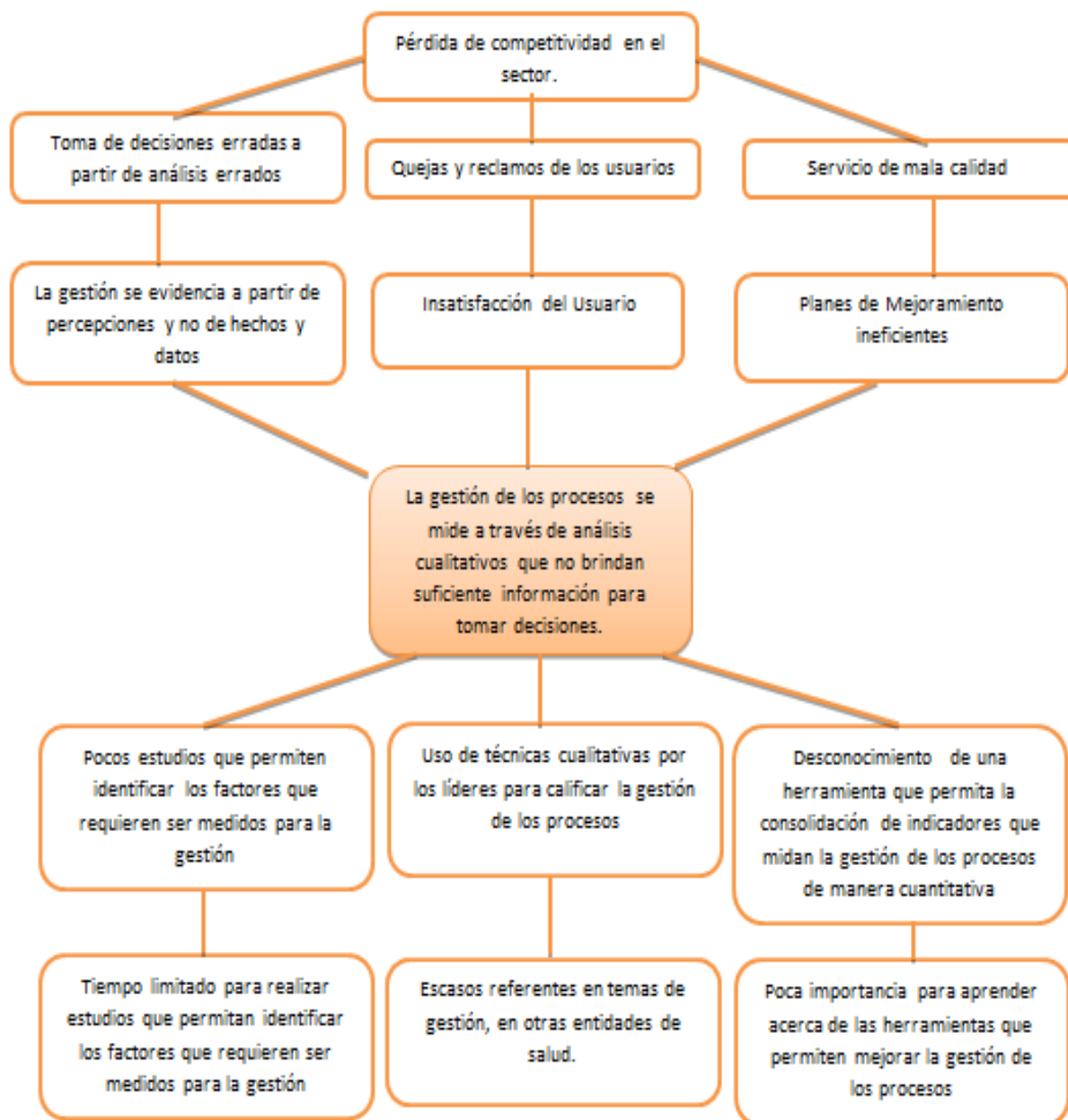
Con el medio ambiente: Garantizar el manejo responsable y seguro de los desechos y residuos hospitalarios como aporte a la preservación del medio ambiente

**2.2.8.1 Objetivos de calidad.** Dime resume la política de calidad a través de los siguientes objetivos: Mejoramiento continuo, grado de satisfacción de los usuarios, nivel de asertividad, clima organizacional, nivel de capacitación, crecimiento por servicios.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 3.1 ÁRBOL DEL PROBLEMA

Figura 4. Estructura árbol del problema





### 3.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Según Galindo<sup>6</sup>, editor de economía del tiempo, el sector salud se consolida como el segundo de la economía colombiana que aporta al PIB, debido a un crecimiento del 4,7% en el año 2013. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>7</sup>, los gastos de la salud en el mundo tienen una alta concentración en pocos países, Estados Unidos y el resto de países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) absorben el 91% de los gastos en salud en el mundo, el resto de países absorbe únicamente el 9%, entre este valor se encuentran los países de Brasil, Rusia, India y China, los cuales son grandes y tienen una gran cantidad de población. Según el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria<sup>8</sup> Colombia es un país de que más gasta en salud como porcentaje del PIB con un 6.5% en 2013.

En el sector salud es necesario establecer todas las condiciones adecuadas para que el servicio que se ofrezca sea de calidad para los usuarios, con lo anterior, se puede afirmar que las entidades deben asegurar que la gestión que se realice sea la adecuada, y pueda verse reflejada en la medición de indicadores. Para Kerguelén<sup>9</sup>, la calidad en la atención se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa, y con un nivel profesional óptimo, esta definición involucra aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, para una buena gestión de éstos factores se deben crear indicadores de medición, pues éste autor afirma que un sistema que no se mide no se mejora y un sistema que no se mide no se puede gerenciar, la calidad no se asume sino que se demuestra a través de hechos y datos tangibles.

---

<sup>6</sup> GALINDO, Mauricio. Gasto de Gobierno, una de las claves del repunte económico. [en línea]. 2013. Colombia. [Consultado el 30 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/economia/pib-segundo-trimestre-2013>

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desempeño de los sistemas de salud [en línea]. 2002. México. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

<sup>8</sup> GAVIRIA, Alejandro. Sector salud en Colombia requiere \$3.5 billones más para el 2014. [en línea]. 2013. Colombia. [Consultado el 30 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/sector-salud-colombia-requiere-35-billones-para-2014>

<sup>9</sup> KERGUÉLÉN BOTERO, Carlos Alfonso. "Calidad en Salud en Colombia". [En línea]. Marzo 2008. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Alvarez y otros<sup>10</sup>, afirma que muchas entidades de salud usan técnicas cualitativas para medir la gestión lo cual hace que ante un ente externo de evaluación no se brinde los soportes necesarios para demostrar las múltiples actividades de mejoramiento que se han realizado, por esta razón, es necesaria la construcción de una herramienta para la consolidación y medición de la información a través de un plan de seguimiento y control. Para Salas<sup>11</sup> las desventajas de usar métodos cualitativos es que los datos que se recogen son enunciados verbales o discursos y lo que se manifiesta no se hace en la realidad, por lo tanto no existe una evidencia que permita brindar información acertada sobre lo que se puede mejorar.

Teniendo en cuenta los problemas que se presentan en el sector salud, se realizó un sondeo general a los directivos del Área de calidad de la clínica DIME Neurocardiovascular, y se encontró que: existen pocos estudios que permiten identificar los factores que requieren ser medidos para la gestión, los líderes usan técnicas cualitativas para calificar la gestión de los procesos, existe un desconocimiento por parte de los líderes administrativos de una herramienta que permita la consolidación de indicadores que midan la gestión de los procesos de manera cuantitativa, por esta razón, el problema de estudio es, “la gestión de los procesos se mide a través de análisis cualitativos que no brindan suficiente información para tomar decisiones”. Si se implementara un plan de seguimiento y control, la gestión se podrá evidenciar a partir de hechos y datos, las decisiones tomadas serán de calidad y los planes de mejoramiento ejecutados podrán verse reflejados de manera positiva, la relación del problema, sus causas y efectos se pueden observar en la figura 4.

### 3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Después de éste enunciado, la pregunta que el proyecto busca responder es:

¿Cuál es la herramienta que permite a la institución de salud de cuarto nivel, Dime Clínica Neurocardiovascular calcular y medir la gestión de los procesos?

---

<sup>10</sup> ALVAREZ URIBE, Gilberto. GARAVITO, Sandra. CHAUX, Alejandra. PINEDA Yanira. “Implementación del sistema de administración de riesgos por entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia 2008. [En línea]. 2011. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en:

<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=n9ZvaCSObQk%3D&tabid=82&mid=1339&forcedownload=true>

<sup>11</sup> SALAS, Juan Antonio. “Métodos Cualitativos de investigación”. [En línea]. 2009. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.metodosytecnicas.com/Metodologia/Trabajos%20Alumnos%2099-00/LaEntrevista.doc>

- ¿Cuál es la descripción y relación de cada uno los procesos de Dime Clínica Neurocardiovascular SA?
- ¿Cuáles son los indicadores, la importancia y los responsables de medir la gestión en los procesos de Dime Clínica Neurocardiovascular?
- ¿Cómo se consolidan los indicadores de tal forma que permita a Dime Clínica Neurocardiovascular calcular y medir la gestión de los procesos?

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto surgió a partir de la importancia de usar técnicas de seguimiento y control para que Dime clínica Neurocardiovascular mejore la calidad en la prestación del servicio a los usuarios a través de una buena gestión en los procesos, éste tipo de entidades son de impacto en el país, influyen en la economía y la salud de la población. Según los estudios realizados, establecer herramientas de seguimiento y control en éstas organizaciones han ocasionado impacto, logrando un mejoramiento continuo, sin embargo, aún existen entidades de salud que no han definido de manera clara cuales son las mediciones que permitirán reflejar su gestión.

Dime Clínica Neurocardiovascular es la única especializada en corazón y cerebro en la ciudad de Cali, el diseño de un plan de seguimiento que permitiera realizar mediciones sobre las acciones que se están emprendiendo para mejorar y brindar un servicio de calidad, se ve retribuido en mejorar la calidad de vida de pacientes con problemas Neurocardiovasculares y finalmente en la calidad del sector salud a nivel nacional y con miras a un reconocimiento internacional.

Con el proyecto los principales beneficiarios fueron:

Sector Salud Colombiano: al realizar seguimiento riguroso de una de las entidades de éste sector para ofrecer mejor servicio al paciente procurando que las normas establecidas no afecten la calidad ni dignidad del paciente.

Dime Clínica Neurocardiovascular: al crear un plan de seguimiento y control que les permita establecer sus indicadores de gestión y obtener las mediciones necesarias para emprender planes de acción para continuar con sus fortalezas y mejorar las debilidades, además de apoyar el sistema de acreditación, el cual es un propósito institucional a mediano plazo.

Universidad Autónoma de Occidente: el estudio permite que los estudiantes se interesen por el tema y realicen investigaciones que en el futuro darán a las empresas oportunidades de mejora en el ámbito de calidad.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un sistema de seguimiento y control para los procesos en la institución de salud de cuarto nivel, Dime clínica Neurocardiovascular SA, para verificar el cumplimiento de la gestión.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir y relacionar cada uno de los procesos de Dime Clínica Neurocardiovascular para la identificación de factores que requieren ser medidos para la gestión.
- Determinar los indicadores de gestión de los procesos a través de un modelo sistemático de seguimiento y control para la estandarización.
- Crear una herramienta para que la institución de salud de cuarto nivel, Dime Clínica Neurocardiovascular calcule y mida la gestión de los procesos.

## 6. MARCO REFERENCIAL

### 6.1 MARCO TEORICO

**6.1.1 Sector salud.** Según la Organización Panamericana de la Salud<sup>12</sup>, el sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población. Las actividades que deben desarrollar las instituciones están orientadas a prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos e investigar y capacitar en salud.

Para el Ministerio de Salud<sup>13</sup>, el sector puede definirse como un mercado donde se transan los servicios de salud, existiendo una demanda por parte de la población y una oferta por parte de los médicos e instituciones prestadoras de los servicios. Sin embargo esta definición tiene limitaciones, dado que la salud no se reconoce como un bien al cual deben acceder todos los habitantes de una formación social económica, es decir, el principio de la equidad en el sistema.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>14</sup>, los objetivos finales de los sistemas de salud son tres: mejorar la salud de la población, esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante el ciclo de vida, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, la autonomía y la confidencialidad de la información, y garantizar seguridad financiera en materia de salud, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos, es decir, esquemas en donde el gasto de salud en los hogares respecto de su capacidad de pago sea equitativo.

---

<sup>12</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Funciones del sector salud [en línea]. 2012. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=325:2-funciones-del-sector-salud&catid=119&Itemid=621&lang=es](http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=325:2-funciones-del-sector-salud&catid=119&Itemid=621&lang=es)

<sup>13</sup> MINISTERIO DE SALUD. Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud. [en línea]. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desempeño de los sistemas de salud [en línea]. 2002. México. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

Dentro del sector salud existen varios tipos de entidades, entre ellas están las EPS las cuales son Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo a Ospina<sup>15</sup>, son encargadas de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Otro tipo de entidades son las IPS, éstas son Instituciones Prestadoras de Servicio, son los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos ya sea de urgencia o de consulta.

**6.1.2 Niveles en el sector salud.** Los servicios del sector salud se clasifican en niveles de atención, de acuerdo a la responsabilidad y complejidad de las actividades o procedimientos que se requiera. Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social<sup>16</sup>, la red de servicios de salud se distribuye en cuatro niveles de atención, y está compuesta por servicios de salud complementarios, que dependen de la complejidad, de la demanda de los problemas de salud y de la población.

El primer nivel está diseñado para promover la salud, prevenir y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población, se utilizan métodos y tecnologías simples, este nivel está compuesto por: centros comunitarios de salud, centros de salud, entre otros. El segundo nivel está diseñado para atender los mismos problemas de salud que en el nivel anterior, pero con la diferencia que utilizan métodos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento más complejas, como por ejemplo, servicio de laboratorio, radiología y otros, dentro de este nivel se cuenta con algunos especialistas, está compuesto por: hospitales tipo I y tipo II, policlínicas, centros de atención permanente. La responsabilidad de atención del tercer nivel se orienta a la atención directa de la población proveniente del primer y segundo nivel de atención, en este nivel se desarrollan funciones como prevención y curación de enfermedades, rehabilitación de padecimientos físicos, servicios ambulatorios y de internamiento con alta complejidad. En el cuarto nivel se sobrepasa la atención ambulatoria y los servicios de internamiento, se desarrollan investigaciones y se apoya en procedimientos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización, en este nivel se atienden emergencias y referencias de los niveles de atención I, II y III.

**6.1.3 Gestión por procesos.** Las organizaciones deben adoptar una estructura que permita cumplir con la misión y la visión establecidas. Según el Ministerio de

---

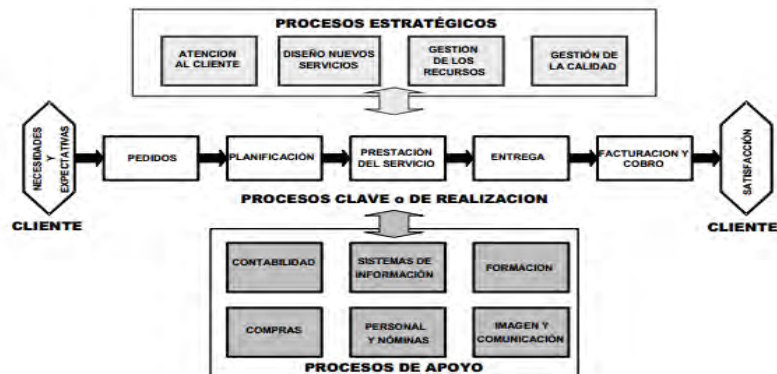
<sup>15</sup> OSPINA, Natalia. El glosario de la salud. [en línea]. 2011. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://medicinaprepagada.coomewa.com.co/publicaciones.php?id=31690>

<sup>16</sup> MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Modelo de atención integral en salud [en línea]. 2010. Guatemala. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Modelo\\_de\\_atencion\\_MPAS.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Modelo_de_atencion_MPAS.pdf)

Fomento,<sup>17</sup> la gestión de procesos es una herramienta efectiva de mejora de la gestión para todos los tipos de organizaciones. Todas las actividades que realiza una empresa deben considerarse como procesos, desde la planificación de compras hasta la atención de una reclamación. Las organizaciones tienen que identificar y gestionar procesos que interactúan entre sí para operar de manera eficaz, la identificación y gestión sistemática de los procesos que se realizan en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conoce como enfoque basado en procesos.

El ministerio de fomento divide los procesos de una organización en tres tipos: procesos claves, son los que tiene contacto directo con el cliente, son los procesos necesarios para la realización del producto o servicio, procesos estratégicos, son los procesos responsables de analizar las necesidades de la sociedad, del mercado y de los accionistas, para asegurar una respuesta positiva a dichas necesidades, procesos de soporte, son los responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios en cuanto a personas, maquinaria y materia prima, para generar valor agregado. A continuación se representa en la figura 5 los tres tipos de procesos.

**Figura 5. Tipos de procesos**



**Fuente:** MINISTERIO DE FOMENTO. La gestión por procesos, capítulo 4 [en línea]. Mayo 2005. España. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541ACDE-55BF-4F01-B8FA-03269D1ED94D/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>

<sup>17</sup> MINISTERIO DE FOMENTO. La gestión por procesos, capítulo 4 [en línea]. Mayo 2005. España. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541ACDE-55BF-4F01-B8FA-03269D1ED94D/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>



Para el Departamento Administrativo de la Función Pública<sup>18</sup>, los procesos se definen como el “conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Los procesos están clasificados en cuatro grandes grupos: procesos estratégicos, son los procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, en general, la orientación global de la empresa, procesos misionales, son aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objetivo o razón de ser, procesos de apoyo, incluyen los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales, y de evaluación y mejora, procesos de evaluación y mejora, incluye los procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis de desempeño, la mejora de la eficacia y la eficiencia.

Para crear una esquematización de la división de los procesos se usa un mapa de procesos, el cual es un diagrama o una representación gráfica que muestra la estructura de los procesos existentes dentro de una empresa y la interrelación entre ellos. El Ministerio de Salud<sup>19</sup>, define que un mapa de procesos es una representación que refleja la estructura y la relación de los diferentes procesos que intervienen en la gestión de una organización. Para lograr una visión del sistema de gestión de una organización, resulta útil agrupar los procesos en función del tipo de actividad y su importancia.

Para elaborar un mapa de procesos, Fontalvo<sup>20</sup> considera las siguientes etapas: Conformar un equipo de trabajo con representantes de diferentes áreas, para analizar y diseñar el mapa de procesos, identificar los procesos actuales de la organización y los procesos requeridos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), confrontar los procesos actuales con los requeridos para implementar el sistema, identificar los procesos faltantes e implementarlos dentro de la organización, priorizar el nivel de importancia de los procesos, calculando el impacto de estos, para seleccionar los procesos claves, clasificar de manera secuencial los procesos pertinentes al mapa de procesos y finalmente documentar la interrelación de los procesos en el mapa de procesos.

---

<sup>18</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Guía de Diseño, Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma de calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000-2004. Página 11, 2007.

<sup>19</sup> MINSITERIO DE SALUD. Herramientas de calidad [en línea]. Perú. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/herramientas/mapa\\_procesos.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/herramientas/mapa_procesos.pdf)

<sup>20</sup> FONTALVO HERRERA, Tomás. Herramientas efectivas para el diseño e implementación de un SGC ISO-9000:2000. Bogotá, Colombia, 2004, p 54. ISBN: 958-33-6277-8

**6.1.4 Indicadores de gestión.** La Organización Mundial de la Salud<sup>21</sup> define los indicadores como: “variables que sirven para medir los cambios”, estas variables miden de manera cualitativa y cuantitativa los sucesos colectivos, para así poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas, sirven para medir el logro y la gestión de la planeación estratégica en una organización, de acuerdo a Evans y Lindsay<sup>22</sup> existen indicadores de diferentes clases como:

Indicadores enfocados al cliente: miden la satisfacción, la conservación, los incrementos y pérdidas, quejas y reclamaciones de garantías.

Indicadores de productos y servicios: miden el desempeño de los productos y servicios, están relacionados con la satisfacción del cliente, compras y negocios futuros, entre ellos están las mediciones de calidad internas, desempeño de productos en el campo, niveles de defectos, tiempo de respuesta, datos recopilados de clientes a cerca de la facilidad de uso y otros atributos.

Indicadores financieros y de mercado: miden el desempeño general de la empresa y son usados para determinar las remuneraciones en forma de incentivos para los ejecutivos, se incluyen ingresos, recuperación de capital, recuperación de la inversión, utilidad y operación.

Indicadores de recursos humanos: miden los resultados de los recursos humanos, se relacionan con el bienestar, la satisfacción, la capacitación y el desarrollo de los empleados así como con el desempeño y la eficiencia del sistema laboral.

Indicadores de la eficacia organizacional: incluye indicadores relacionados con el logro de metas organizacionales clave incluyen indicadores relacionados con el desempeño de los procesos de diseño, producción, entrega y apoyo.

Indicadores de liderazgo y responsabilidad social: ayuda a mantener una organización con principios, tienen relación con los logros de la organización, los grupos de interés y comportamiento ético.

---

<sup>21</sup> CARDENA, Op.cit, p. 5

<sup>22</sup> EVANS, James R, LINDSAY, William M. “Administración y control de la calidad”. 7a edición. México, Consegraf, 2007, p153. ISBN: 0-324-38227-8

**6.1.5 Indicadores de gestión en el sector salud.** Las entidades que prestan servicios de salud deben ver como una necesidad prioritaria la evaluación periódica de cada proceso, debido que el disponer de información cualitativa y cuantitativa, permite proponer metas y lograr objetivos oportunamente. La información para soportar los indicadores debe estar respaldada en datos válidos, disponibles y confiables para la toma de decisiones. Según Cárdenas y otros<sup>23</sup> un indicador en salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica”, por lo tanto los indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar las dimensiones del estado de salud de la población.

Rodríguez<sup>24</sup>, clasifica los indicadores en el sector salud en los siguientes atributos: Accesibilidad se enfoca en la posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud, pertinencia, es la garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren, continuidad es la garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias, oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida y su salud, seguridad es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

**6.1.6 Balanced scorecard / Cuadro de Mando Integral.** Para Nefstead<sup>25</sup>, el Balanced Scorecard o cuadro de mando integral es una herramienta que describe como la gestión humana, que es intangible, puede ser transformada en mediciones específicas, resume los objetivos estratégicos que agregan valor al cliente y a los stakeholder.

Según Kaplan y Norton los indicadores del Balanced Scorecard se concentran en la perspectiva financiera, aprendizaje y crecimiento, interna y clientes para crearlos se debe tener en cuenta cuales son los objetivos o las iniciativas. Existen

---

<sup>23</sup> CARDENA, Op.cit, p. 8

<sup>24</sup> RODRIGUEZ H. Carlos Edgar. “Acreditación en salud, diez años de avances”. Aportes a la calidad superior en las instituciones de salud en Colombia. Colombia, ICONTEC, 2013, p 33, ISBN, 978-958-8585-44-4.

<sup>25</sup> NEFSTEAD, Ward E. Creating An Excel-Based Balanced Scorecard To Measure the Performance of Colleges of Agriculture. [en línea]. California [Consultado el 25 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://kumpulansoalun.com/read/creating-an-excel-based-balanced-scorecard-to-measure-the-/>

indicadores de dos tipos: indicadores de impacto, los cuales dicen si el objetivo se ha cumplido, e indicadores inductores, los cuales reflejan si se ha cumplido con lo establecido previamente. Para Diazgranados<sup>26</sup>, la forma y el cálculo de indicadores se puede dar por medio de razones, que es la relación entre dos o más datos, tasas, que son datos expresados en unidades diferentes que muestran el valor relativo de una parte con relación al todo, y promedios los cuales se obtienen por la suma de un conjunto de valores y se dividen por el número de valores sumados.

Por otro lado, los indicadores según Villacrés<sup>27</sup>, se clasifican según la planeación, si es estratégica, la revisión se desempeña de manera global en la organización, el enfoque se da a largo plazo, y el propósito es dar alcance a la misión y visión organizacional. Para la planeación funcional, la revisión se desempeña en áreas funcionales, el enfoque es a corto y mediano plazo, y el propósito es dar apoyo a las áreas funcionales. Para la planeación operativa, se revisan los operarios, los procesos, los productos, se enfoca en el día a día y el propósito es alimentar el desempeño de los empleados, equipos y productos.

---

<sup>26</sup> DIAZGRANADOS, Nestor. Seminario taller construcción de mapas estratégicos y Balanced Scorecard” Bogotá, Colombia, 2006, p 53. Memorias.

<sup>27</sup> VILLACRÉS PÉREZ, Paulina Elizabeth. Sistema de gestión de calidad para la estandarizar procesos académicos y administrativos en la carrera de ingeniería industrial en procesos de automatización de la F.I.S.E.I. Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ingeniería en Sistemas Electrónica e Industrial. 2012. p. 20.

## 7. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del proyecto se utilizó una metodología en la cual se recolectaron los datos directamente de la Clínica Dime, se desarrolló en tres etapas que responden los objetivos planteados.

**Tipo de Investigación:** para realizar éste proyecto se usó una investigación descriptiva en donde se explicó la estructura y relación de los procesos de Dime Clínica Neurocardiovascular.

**Diseño de la investigación:** el diseño de investigación como estrategia para resolver el problema planteado fue de campo, ya que se recolectaron datos directamente de la institución sin manipular ninguna variable.

**Fuentes de Investigación:** las fuentes que se usaron fueron de tipo primarias y secundarias, en las primarias se acudió a la Clínica Dime Neurocardiovascular y en las secundarias se investigó información de entidades relacionadas con el sector salud.

**Población:** la población de estudio para el proyecto fue la Clínica Dime Neurocardiovascular.

### 7.1 ETAPAS DEL PROYECTO

**7.1.1 Descripción y relación de los procesos.** Se recolectó información a través de las visitas a la Clínica Dime Neurocardiovascular.

- Se diseñó un cuestionario para diagnóstico general de la empresa a nivel organizacional y de gestión.
- Se realizaron visitas a la Clínica Dime.
- Se seleccionó y se recopiló la información.

**7.1.2 Determinación de los indicadores de gestión de los procesos.** Con la recopilación de la información se crearon y adaptaron indicadores de gestión para los procesos de Dime Clínica Neurocardiovascular.

- Se crearon y adaptaron indicadores de gestión basados en los usados actualmente en DIME y los que exige la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se determinó la importancia del indicador para el control y la gestión del proceso.
- Se definieron los responsables de la medición y del control de los indicadores.

**7.1.3 Creación de una herramienta para clínica DIME Neurocardiovascular.** Con la información recopilada se inició la construcción a través de la herramienta Excel.

- Se creó la herramienta utilizando la teoría del cuadro de mando integral (Balanced Scorecard).
- Se incluyó información sobre los indicadores en la herramienta.
- Se validaron los datos.

## 8. DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LOS PROCESOS

### 8.1 GESTIÓN POR PROCESOS

Dime Clínica Neurocardiovascular se encuentra certificada por la Norma ISO 9001:2008, por esta razón la gestión de la organización se basa en procesos, para ello DIME divide sus procesos en 3 grupos, los procesos de direccionamiento se encargan de dar los lineamientos necesarios para la ejecución de las actividades, los procesos misionales se enfocan en la ejecución de todas las actividades encaminadas a cumplir la misión institucional y los procesos de apoyo que brindan las herramientas y soporte para el buen funcionamiento de todos los procesos de la organización.

Para identificar a cada uno de los procesos, la clínica ha creado unas siglas y ha establecido un mapa de procesos para establecer la relación que existe entre éstos, el cual se encuentra representado en la figura 6. Es necesario tener en cuenta que la institución cuenta con varios Outsourcing los cuales le prestan servicios a la Clínica y para llevar el control de éstos se realizan auditorías.

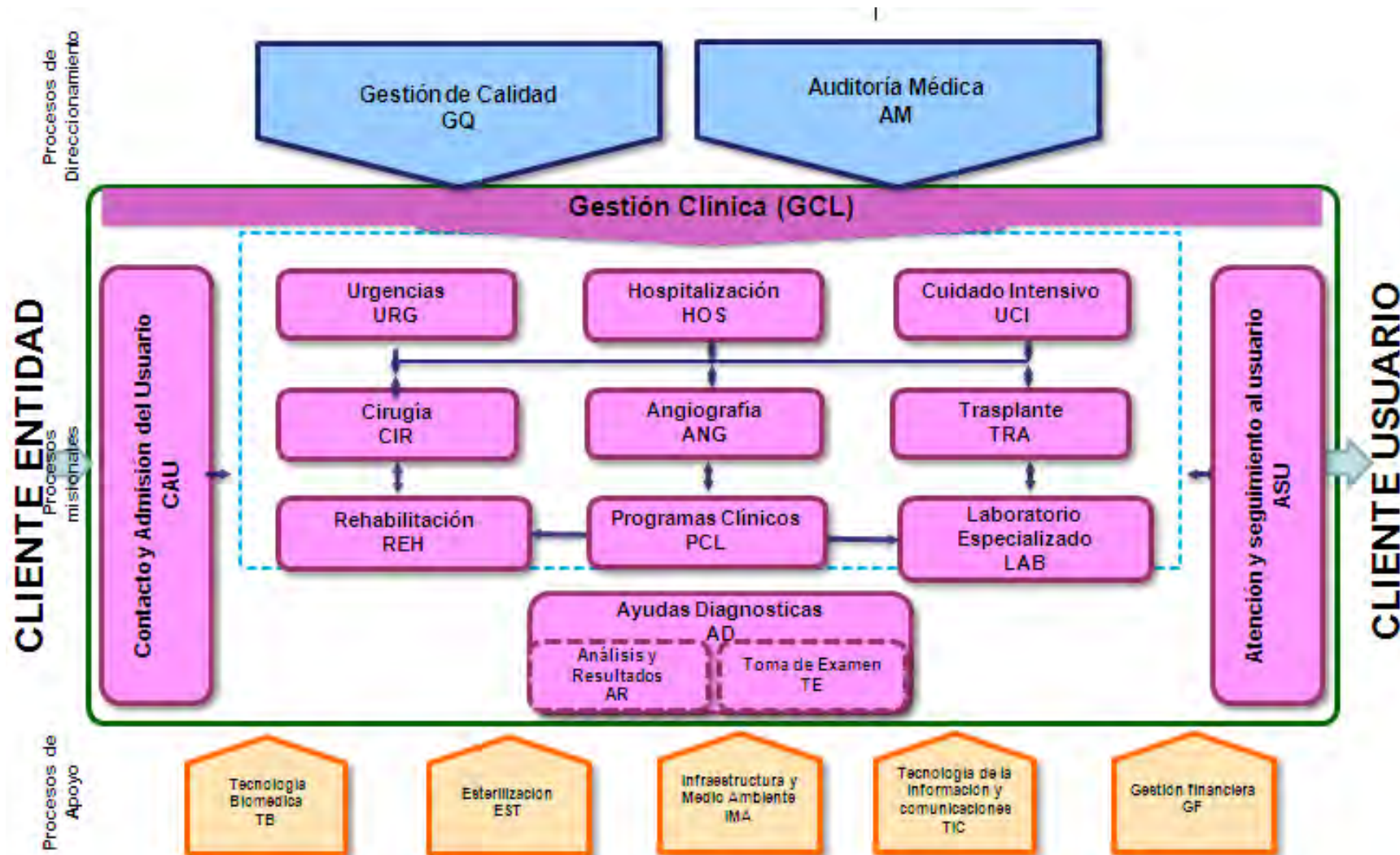
**8.1.1 Elaboración de documentos.** Para documentar las operaciones de cada uno de los procesos y para dar cumplimiento a lo establecido en la norma ISO 9001:2008, la empresa Dime ha establecido un procedimiento para la elaboración de documentos.

Se deben usar las plantillas establecidas por la institución, todos los documentos de DIME Clínica Neurocardiovascular contienen la siguiente estructura:

**8.1.1.1 Encabezado.** El encabezado contiene los siguientes ítems:

- **Logo:** Se debe usar el logo actualizado de DIME Clínica Neurocardiovascular SA.
- **Título:** Nombre que relaciona el contenido del documento.
- **Código:** DIME Clínica Neurocardiovascular SA. ha establecido la codificación de los documentos de la siguiente manera: siglas del documento, consecutivo del documento – siglas del proceso al que corresponde el documento

Figura 6. Mapa de Procesos



Fuente: Dime Clínica Neurocardiovascular



**Siglas del documento:** La institución maneja varios tipos de documentos, cada uno tiene un código que lo identifica y es propio de cada empresa.

**Cuadro 1. Tipos de documentos y siglas**

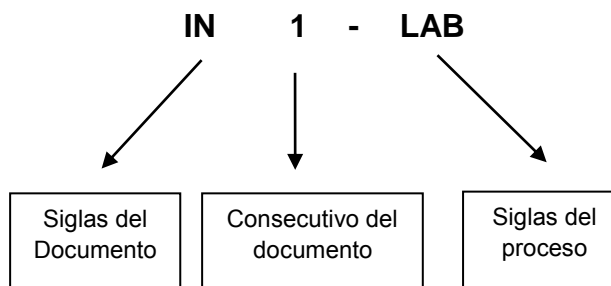
TIPO DE DOCUMENTO	SIGLA DEL DOCUMENTO
Ficha Técnica	FT
Plan de Seguimiento y Control	PS
Manual	MA
Instructivo	IN
Procedimiento	PR
Plan	PL
Programa	PG
Política	PO
Protocolo	PT
Guía Medica	GM
Formato	FR

**Consecutivo del documento.** Es el número que identifica el consecutivo de acuerdo al tipo de documento que exista bajo el mismo proceso.

**Siglas del proceso al que corresponde el documento.** Las siglas con las que se identifica el proceso se encuentran en la parte inferior de cada uno de los nombres de los procesos encontrados en la figura 6.

A continuación se mostrará un ejemplo de asignación de código a un documento:

El instructivo de “Toma de Muestras para el Laboratorio de Inmunogenética” se identifica con el código IN1-LAB; IN indica que es un instructivo, el número 1 indica que es el primer instructivo del proceso (Todos los procesos inician en 1 hasta “n” instructivos), LAB identifica que es el proceso “Laboratorio Especializado”.



- **Fecha de emisión:** Es la fecha en que por primera vez se elaboró el documento. Cuando los documentos se encuentran en la primera versión la fecha de revisión y actualización quedan registradas con XXX-XXX-XXX, para el registro de todas las fechas se debe iniciar con el mes en letras el día en números y el año en números.
- **Fecha de revisión:** Es la fecha en la que se verifica que el documento tiene vigencia o requiere alguna actualización.
- **Fecha de actualización:** Es la fecha en la que se realizan las modificaciones requeridas al documento, cuando existe modificación se debe cambiar la versión del documento.
- **Versión:** Indica el número de veces que el documento ha tenido modificaciones. Cuando el documento es emitido por primera vez se inicia con los dígitos 01. En los casos en que realice una actualización se realiza el cambio del consecutivo de la versión.
- **Páginas:** Se escribe el número de páginas que lleva el documento de la siguiente manera: Página X de Y, X: Número de página Actual, Y: Número de páginas Totales. La paginación se realiza hasta la página en la cual se ubica el pie de página con las firmas de elaboración, revisión y aprobación.

Teniendo en cuenta lo anterior, todos los documentos deben conservar la siguiente presentación:

#### **Cuadro 2. Plantilla de encabezado**

LOGO	TITULO	CÓDIGO
<b>Fecha Emisión:</b> <b>Fecha Revisión:</b> <b>Fecha de Actualización:</b>	<b>VERSION 01</b>	<b>PÁGINA</b>

**8.1.1.2 Pie de página:** Una vez estructurado el encabezado se debe diligenciar el documento de acuerdo a los ítems establecidos en las plantillas para cada uno de los documentos, para finalizar se ubica un pie de página, el cual se muestra en el cuadro 3 y contiene las siguientes características:

- **Elaboró:** Presenta el nombre, cargo y firma de la(s) persona(s) que participan en la elaboración del documento.
- **Revisó:** Presenta el nombre, cargo y firma de la(s) persona(s) que participan en la revisión del documento. Son los que corroboran que lo documentado coincide con las prácticas reales de la empresa.
- **Aprobó:** Presenta el nombre, cargo y firma del (los) colaborador(es) con autoridad para aprobar el documento. Son los que corroboran que lo descrito en los documentos es lo mejor para la empresa de acuerdo con sus metas, políticas y principios.

**Cuadro 3. Plantilla pie de página**

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

## 8.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Según Córdoba Tobón<sup>28</sup>, la caracterización de procesos es una descripción general de cada uno de ellos, en donde se identifican todos los factores que intervienen en el mismo y se deben controlar, por lo tanto es la base misma para gerenciarlo.

Para documentar la caracterización de los procesos se estableció una plantilla la cual cumple con el sistema documental que actualmente tiene Dime Clínica Neurocardiovascular y se establece a través del Cuadro 4.

<sup>28</sup> CORDOBA TOBÓN, Carlos Hernando. Characterization de process [en línea]. Colombia [Consultado el 28 de junio de 2014]. Disponible en: <http://gerenciaprocesos.comunidadcoomeva.com/blog/index.php?/categories/5-5-Characterizacion>

**Cuadro 4. Plantilla ficha técnica del proceso**

	<b>FICHA TECNICA DE (NOMBRE DEL PROCESO)</b>	<b>FT-XXX</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página x de y</b>

<b>Nombre del proceso:</b> En éste ítem se escribe el nombre del proceso al cual se le realizará la caracterización.
<b>Objetivo del proceso:</b> Es el motivo o razón de ser del proceso, al definirlo se debe tener en cuenta; iniciar con un verbo en infinitivo (Ej:definir, Elaborar,etc.) y adjetivos calificativos que ayuden a definir las medidas de rendimiento (Ej: veraz, puntual, ágil, etc.)
<b>Líder del proceso:</b> Es el cargo de quien lidera o coordina el proceso
<b>Participantes del proceso:</b> Son los cargos de personas que hacen parte del proceso para su adecuada realización y control
<b>Entradas:</b> Se refiere a insumos, materias primas, recursos, registros, información, datos que son necesarios para dar inicio al proceso. Ejemplo: formularios, documentos
<b>Proveedores:</b> Son aquellas personas que facilitan, bienes, servicios o información necesaria para llevar a cabo el proceso. Ejemplo: papelería, fotocopias
<b>Proceso:</b> Lista de actividades que son ejecutadas por los participantes del proceso, se describen a través del ciclo PHVA, planear, hacer, verificar, actuar.
<b>Salidas:</b> Es lo que al terminar el proceso se le entrega al cliente interno o externo cuando el proceso se ha realizado de la manera adecuada (Ej.: lámina acrílica.)
<b>Clientes:</b> Son los usuarios finales del producto y/o servicio los cuales pueden ser internos o externos.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

Para iniciar con el diligenciamiento de la plantilla de los procesos de Dime se realizaron reuniones con cada uno de los líderes de proceso en las que se comentaron cuáles son las actividades ejecutadas dentro del proceso y se realizó la clasificación de acuerdo a lo establecido en el cuadro 1.

Como ejemplo se presenta en el cuadro 5 la caracterización del proceso de Gestión de Calidad el cual se clasifica como un proceso de direccionamiento. La caracterización de los demás procesos se pueden ver en el Anexos A.

**Cuadro 5. Caracterización del proceso de Gestión de Calidad.**

	<b>FICHA TECNICA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>FT1-GQ</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Gestión de Calidad</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Garantizar la medición, el análisis y mejoramiento continuo del sistema de gestión de la institución a través de la planificación e implementación de actividades de estandarización, acompañamiento y seguimiento a los procesos con un enfoque de gestión de riesgos, con el fin de asegurar la conformidad y eficacia.
<b>Líder del proceso:</b> Jefe de calidad
<b>Participantes del proceso:</b> Analistas de Calidad, Auxiliar de Calidad.
<b>Entradas:</b> Requerimientos de inclusión de documentos, estadísticas, Indicadores de gestión, no conformes.
<b>Proveedores:</b> Todos los procesos institucionales, entidades externas, entes reguladores.
<b>Proceso:</b> Planificación de seguimiento de no conformidades, planes de mejoramiento, Planificación de auditorías internas y externas. Planificación de requerimientos de estandarización. Planeación de mejoramiento continuo de los sistemas de gestión (ISO y Acreditación). Identificar posibles riesgos del proceso. Consolidar cuadro de mando integral. Estandarización de los procesos (gestión documental, indicadores). Realización de auditorías internas y externas. Realización informe de revisión del sistema de gestión. Realización informe de gestión de avances de acreditación. Acompañamiento para la estandarización y mejora de procesos.

**Cuadro 5. (Continuación)**

	<b>FICHA TECNICA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>FT1-GQ</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Reporte a los entes reguladores. Realizar planes que contribuya a la gestión de riesgos. Seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento continuo. Seguimiento a la gestión de mejoramiento continuo de los procesos. Seguimiento de la realización de las referenciaciones comparativas y competitivas. Seguimiento a la ejecución de auditorías internas y externas. Seguimiento a la actualización de los requerimientos de la normatividad. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. Replantear planes de mejoramiento. Implementar acciones de mejoramiento al Sistema de Gestión de Calidad
<b>Salidas:</b> Informe de revisión del sistema de gestión, Informe de gestión de avances de acreditación, estandarización de los procesos.
<b>Clientes:</b> Todos los procesos institucionales, entidades externas, entes reguladores.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

## 9. DETERMINAR LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS

Una vez realizada la caracterización se crea una plantilla representada en el cuadro 6, en la que se establecen los ítems más importantes para describir el indicador (nombre, importancia, responsables, frecuencia, fórmula de medición). El nombre surge dependiendo de la especialidad que tenga el área, acoplándose a los términos técnicos que se manejen en el proceso y se requiera controlar, la importancia se determina a partir de un consenso que se realiza con el líder del proceso dependiendo de la funcionalidad y el resultado que arroje el indicador, el responsable se define de acuerdo a las personas encargadas de realizar la medición y el control, la frecuencia se determina dependiendo de la cantidad de datos que puede tener el indicador, si es un evento frecuente (sucede más de 10 veces) o es de alto impacto se debe medir mensual, sino depende de las necesidades del proceso, la fórmula de medición se establece a través de modelos matemáticos que permiten estandarizar el cálculo.

Para establecer las variables de control de los procesos se crean los ítems: variables o características a controlar, responsable del control, frecuencia, método o forma del control, criterio de aceptación y rechazo, registro. La variable o característica a controlar es el nombre de la medición la cual se adecúa a la especialidad del área, responsable del control, se define de acuerdo a las personas encargadas de realizar la medición y el control, la frecuencia de control, se determina dependiendo de las necesidades del proceso, el método o la forma de control se describe para identificar el cómo se debe realizar el cálculo, el criterio de aceptación o rechazo se establece dependiendo si la variable de control es cualitativa o cuantitativa, el registro, se define dependiendo del documento en el que se consolida la información.

Seguido del diseño de la plantilla se establecieron reuniones con los líderes de cada uno de los procesos, en las reuniones, se identificaron las posibles mediciones que debería tener cada proceso, los indicadores que exige la Superintendencia Nacional de Salud los cuales se establecen en la circular 042 y 056 (indicadores de alerta temprana) se adaptaron de acuerdo a los servicios ofrecidos en Dime y se crearon los indicadores que miden la gestión del proceso.


La circular 042 y 056 establecen que toda entidad de salud debe calcular y reportar indicadores de alerta temprana a las entidades con las que establece convenio, la información debe mostrar el desempeño de las entidades de salud respecto a los pacientes de la entidad que lo solicita, la circular 056 establece que el reporte se debe realizar de manera trimestral y la circular 047 de manera semestral, además se establecen los formatos en los que se deben reportar los

indicadores, dado el caso que los resultados sobrepasen las metas establecidas por la Superintendencia las entidades pueden exigir un plan de acción que debe ser ejecutado y revisado por la entidad en cuestión.

Dime Clínica Neurocardiovascular, para el manejo de los indicadores ha establecido unos formatos en Excel los cuales se consolidan de manera mensual en el área de calidad los cuales deben ser reportados por los líderes de proceso a los cuales les compete la información, se tiene un espacio por entidad y uno global.



**Cuadro 6. Plantilla plan de seguimiento y control**

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE (NOMBRE DEL PROCESO)</b>	<b>PS-XXX</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página X de Y</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Es el nombre con el cual se identifica el indicador.	Es la justificación que tiene cada uno de los procesos para realizar la medición, explica también la contribución al mejoramiento de la organización y a los objetivos de calidad	Colaborador directamente relacionado en recoger los datos y calcular el indicador	Definir la frecuencia de ejecución del control (Ej: diario, mensual, cada vez que sea solicitado)	Es la fórmula matemática que permite calcular el resultado del proceso

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Es aquello que se va a valorar o calificar por ser considerado crítico. Ej: Confiabilidad en la información	Colaborador directamente relacionado de ejecutar el control	Definir la frecuencia de ejecución del control (Ej: Diario, mensual, trimestral, cada vez que sea solicitado. Etc.)	Descripción breve de cómo comprobar el cumplimiento de la variable de control. Se puede remitir a instructivos (Ej: Realizar la encuesta cada hora iniciando desde las 9:00 A.M)	Definir la especificación que debe cumplir la variable a controlar puede utilizarse rangos de mínimos y máximos. También contiene los criterios para aceptar o rechazar una variable	Evidencia que el control se ejecutó (Ej: Formato diligenciado, informe, documentos, gráficas, firmas, etc,

Cuadro 6. (Continuación)


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE (NOMBRE DEL PROCESO)</b>	<b>PS-XXX</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página X de Y</b>

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

Como ejemplo se presenta en el cuadro 7 el plan de seguimiento y control del proceso de Gestión de Calidad. Los planes de seguimiento y control de los demás procesos se pueden ver en el Anexo B.


En la actualidad los líderes de proceso miden algunos indicadores de manera empírica, pero aún no se han documentado formalmente, de tal forma que se conserve la información en la organización. Existen algunos datos históricos que pueden alimentar el numerador y el denominador de la fórmula del indicador, se está trabajando sobre las bases de datos que permiten el cálculo de los mismos. Desde el año 2009 existe un histórico de los indicadores de alerta temprana ya que estos se deben reportar de manera obligatoria a la Superintendencia Nacional de Salud

**Cuadro 7. Plan de seguimiento y Control de Gestión de Calidad**

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PS1-GQ</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>


INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Cierre de planes de acción correctivos, preventivos y de mejora	Hacer seguimiento a los planes de acción correctivo, preventivos y de mejora identificando la cantidad de cerrados en relación con los planes de acción existentes	Jefe de calidad, Líderes de procesos	Trimestral	$\frac{\text{Planes de acción correctivos, preventivos y de mejora cerrados en el periodo}}{\text{Total de planes de acción generados en el periodo}} * 100$
Nivel de avance de las actividades de los planes de acción correctivos, preventivos y de mejora	Evaluar la relación de cierre de actividades de cada uno de los planes de acción generados en los procesos	Jefe de calidad, Líderes de procesos	Trimestral	$\frac{\text{Número total de actividades cerradas de los planes de acción correctivos, preventivos y de mejora}}{\text{Total de actividades generadas en los planes de acción correctivos, preventivos y de mejora}} * 100$

**Cuadro 7. (Continuación)**

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PS1-GQ</b>
<b>Fecha de Emisión:</b> <b>Fecha de Revisión:</b> <b>Fecha de Actualización:</b>	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>


Seguimiento a la eficacia de los planes de acción correctiva, preventiva y de mejora	Evaluar la eficacia de los planes de acción generados por acciones correctiva, preventivas y de mejora contribuyendo así al mejoramiento del SGC de la institución	Jefe de calidad, Líderes de procesos	Trimestral	$\frac{\text{Total planes de acción correctivos, preventivos y de mejora con resultados eficaces}}{\text{Total de planes de acción correctivos preventivos y de mejora generados en el semestre}} * 100$
Oportunidad en la gestión documental	Medir la oportunidad en revisión y entrega de los documentos requeridos en los procesos de la institución	Jefe de calidad, Auxiliar de calidad	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de días de la diferencia entre la fecha en la que llega el documento al área de calidad para ser revisado y la fecha de entrega del documento controlado al proceso}}{\text{Total de documentos recibidos para control documental en el periodo}} * 100$
Proporción de ejecución auditorías de primera y segunda parte	Medir el grado de cumplimiento del programa anual de las auditorías internas de calidad	Jefe de calidad, Analista de calidad	Semestral	$\frac{\text{Auditorías ejecutadas}}{\text{Auditorías programadas}} * 100$

**Cuadro 7. (Continuación)**

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PS1-GQ</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Nivel de cumplimiento de metas indicadores	Analista de calidad y Auxiliar de calidad	Mensual	Tablero de mando institucional: “Eficacia del sistema-Listado de indicadores”	Si es mayor al 100% se replantea meta del indicador después de una tendencia de 6 meses	Tablero de mando de indicadores de todos los procesos
Acciones correctivas Vs acciones preventivas/Mejora por proceso	Analista de calidad	Semestral	Consolidación de planes de acción, correctiva, preventiva y de mejora	La relación entre los planes de acción correctivas debe ser menor a los planes de acción preventiva y de mejora	Archivo consolidado de planes de acción
Cumplimiento en entrega de informes de gestión de los procesos	Analista de calidad	Mensual	Archivo consolidado de informes de gestión	100% del cumplimiento de la entrega de informe por parte de los líderes de procesos	Consolidación informes de gestión
Seguimiento de los hallazgos de auditorías de primera y segunda parte	Jefe de calidad, Analista de calidad	Mensual	Consolidado de hallazgos de auditorías	De acuerdo con los tiempos definidos en el instructivo de auditorías internas de calidad	Consolidado de hallazgos de auditorías

**Cuadro 7. (Continuación)**

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PS1-GQ</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>

Costos de no calidad	Jefe de calidad, Analista de calidad	Mensual	Consolidación de costos definidos en los planes de acción correctivos	La tendencia del proceso sea de disminuir los costos de no calidad a través del tiempo	Informe de gestión de calidad
----------------------	---	---------	--	--	----------------------------------

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

## 10. CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR

Para la creación del tablero de mando se tomó como base la teoría del Balanced Scorecard, inicialmente se realiza una investigación que brinda claridad en las necesidades que tiene la institución en la medición de indicadores y variables de control. Con la información recopilada en los capítulos anteriores se inicia la construcción a través de la herramienta Excel, ésta permite simular escenarios variables para observar el comportamiento de los indicadores. El tablero de mando consta de 6 partes:

### 10.1 MENÚ PRINCIPAL

Controla y permite el acceso a las ventanas que sean de interés del usuario. En la hoja principal se encuentran los botones de manejo, entre estos se encuentran; Plan estratégico, Mapa Estratégico, introducir datos, comportamiento de indicadores, observaciones y acciones a tomar.

**Figura 7. Menú principal tablero de mando**





## 10.2 PLAN ESTRATÉGICO

Dentro de esta hoja se encuentra un diagrama el cual resume el plan estratégico de Dime Clínica Neurocardiovascular y la relación que existe con las perspectivas del Balanced Scorecard. En ésta misma hoja se encuentra un cuadro de botones, igual al de la Hoja principal, con el cual se puede escoger la hoja de consulta.

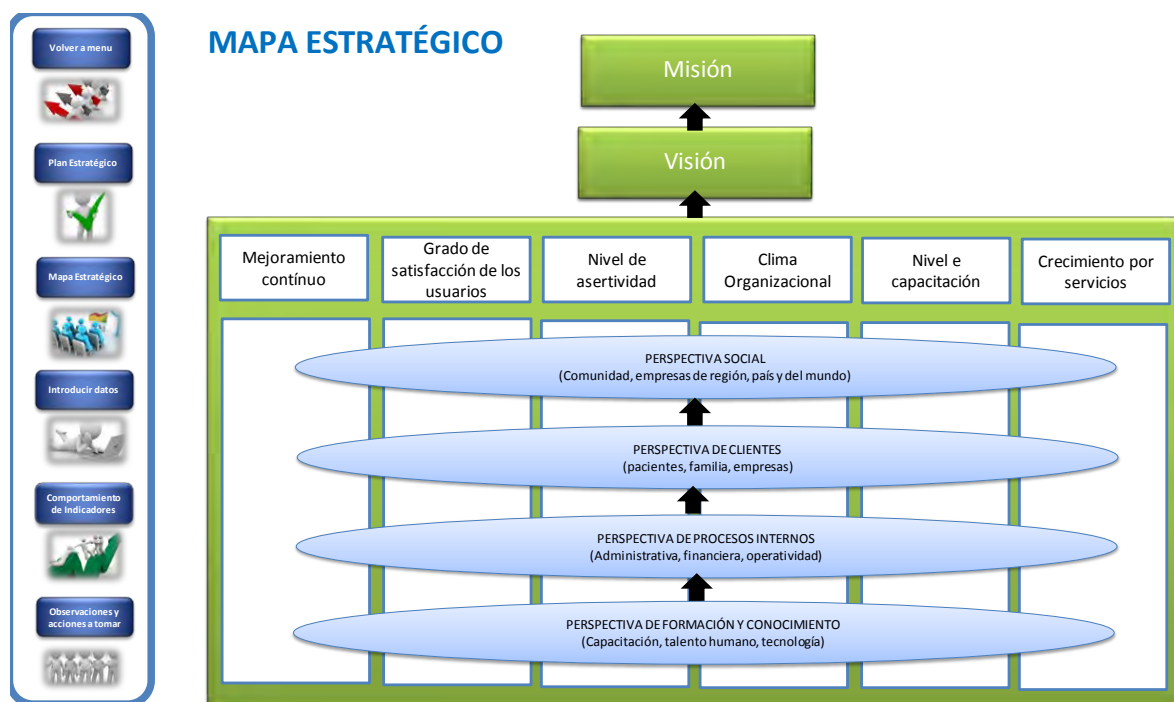
**Figura 8. Plan Estratégico Dime Clínica Neurocardiovascular**



## 10.3 MAPA ESTRATÉGICO

En esta parte se encuentra el mapa estratégico de Dime Clínica Neurocardiovascular el cual representa la relación entre las perspectivas, la misión y visión organizacional. Igualmente se encuentra el cuadro de control.

**Figura 9. Mapa estratégico**



## 10.4 INTRODUCIR DATOS

En ésta parte se pueden editar los datos de los indicadores, cada cuadro de color corresponde a cada uno de los procesos con sus respectivos indicadores. Igualmente se encuentra el cuadro de botones. En la figura 10 se muestra un ejemplo para el proceso de gestión de calidad. Los ítems que se encuentran diligenciados son la perspectiva, el nombre del indicador, la descripción, la unidad de medida y la frecuencia, seguido se encuentran los meses de enero a diciembre junto con las letras N, D y R.

N: Corresponde al numerador del indicador, el cual debe ser digitado por el líder del proceso.

D: Es el denominador del indicador, igualmente lo digita el líder del proceso.

R: Es el resultado del indicador, al diligenciar el numerador y el denominador, la herramienta lo calcula automáticamente.

**Figura 10. Introducir datos**

GESTIÓN DE CALIDAD					Enero		
Perspectiva	Nombre del indicador	Descripción	Unidad de medida	Periodicidad de medición	N	D	R
Procesos Internos	Cierre de planes de acción correctivos, preventivos y de mejora	Hacer seguimiento a los planes de acción correctivo, preventivos y de mejora identificando la cantidad de cerrados en relación con los planes de acción existentes	Porcentaje	Trimestral			
Procesos Internos	Nivel de avance de las actividades de los planes de acción correctivos, preventivos y de mejora	Evaluar la relación de cierre de actividades de cada uno de los planes de acción generados en los procesos	Porcentaje	Trimestral			
Procesos Internos	Seguimiento a la eficacia de los planes de acción correctiva, preventiva y de mejora	Evaluar la eficacia de los planes de acción generados por acciones correctiva, preventivas y de mejora contribuyendo así al mejoramiento del SGC de la institución	Porcentaje	Trimestral			
Procesos Internos	Oportunidad en la gestión documental	Medir la oportunidad en revisión y entrega de los documentos requeridos en los procesos de la institución	Porcentaje	Mensual			
Procesos Internos	Proporción de ejecución auditorías de primera y segunda parte	Medir el grado de cumplimiento del programa anual de las auditorías internas de calidad	Porcentaje	Semestral			

## 10.5 COMPORTAMIENTO DE INDICADORES

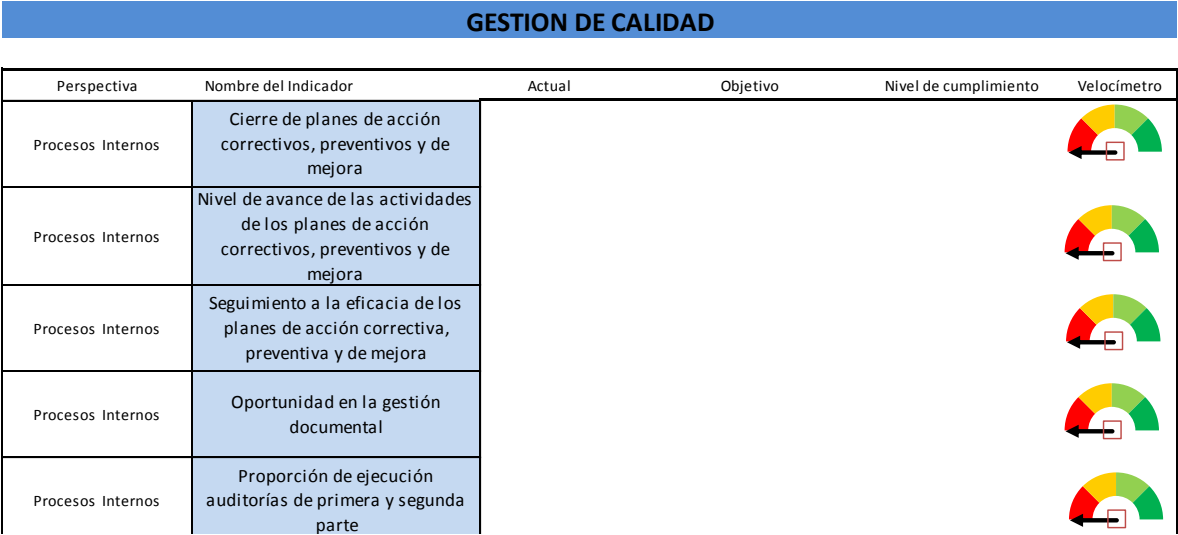
En ésta parte se encuentra un resumen de los indicadores por cada uno de los procesos, contiene los siguientes ítems:

**Valor actual:** Corresponde al promedio de cada indicador obtenido en el año, la herramienta lo muestra de manera automática.

**Valor objetivo:** es la meta a la que se quiere llegar, le corresponde al líder del proceso diligenciarla, ya que esta información es confidencial para la institución.

**Velocímetro:** Muestra el cumplimiento del indicador respecto al objetivo, se encuentra dividido en cuartiles, el primer cuartil de color rojo representa que el indicador se cumple entre 0% y 25%, el segundo cuartil de color amarillo muestra que el indicador se cumple entre 25,01% y 50%, en el tercer cuartil el indicador tiene un nivel de cumplimiento entre el 50,01% y 75%, para el cuarto cuartil el nivel de cumplimiento del indicador esta entre 75,01% y 100%. En la figura 11 se muestra el ejemplo para el proceso de gestión de calidad.

Figura 11. Comportamiento de los indicadores

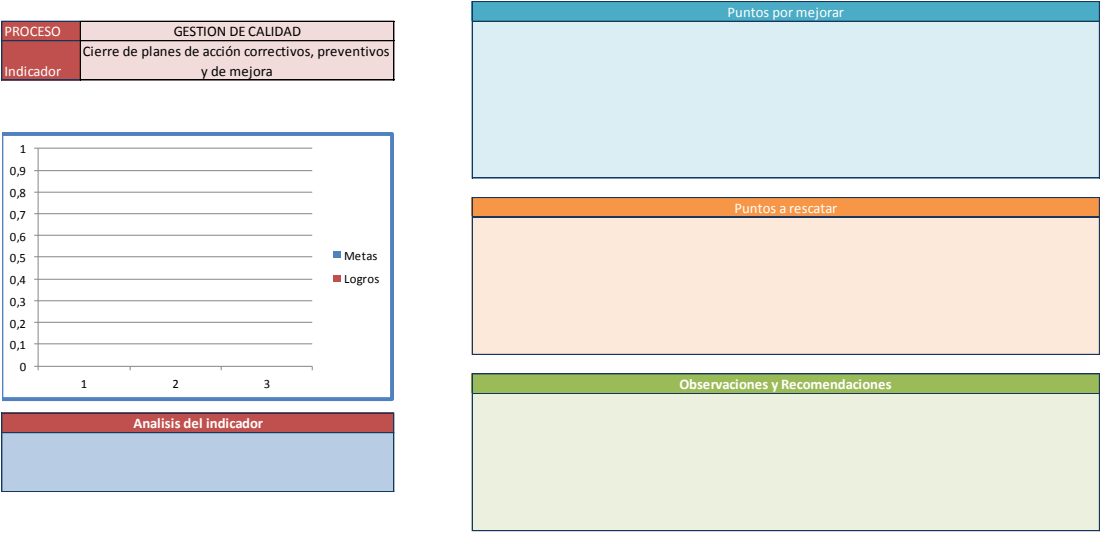


10.6 OBSERVACIONES Y ACCIONES

Finalmente se encuentra una hoja para dar un análisis mayor al indicador, se puede observar la perspectiva a la cual pertenece el indicador, el nombre del indicador y una gráfica de barras del comportamiento de todos los indicadores. La figura 12 muestra los cuadros en los que se pueden describir los puntos por mejorar, los puntos a rescatar, observaciones y recomendaciones, así para cada uno de los indicadores. Los cuadros se diligencian dependiendo las necesidades de cada proceso y la naturaleza del indicador, por esta razón no se puede establecer un criterio estándar para diligenciarlos.

La herramienta de Excel se aplicó para todos los procesos, no está funcionando dado que en este momento los líderes de proceso se encuentran trabajando en las bases de datos para obtener la información necesaria para el cálculo de los indicadores. La aplicación de la herramienta se puede verificar a través del anexo “Tablero de mando”.

Figura 12. Observaciones y acciones a tomar



## 11. CONCLUSIONES

- La clínica Dime realizaba mediciones de una manera muy empírica e informal, lo cual hacía que las metodologías y la información utilizada no fueran eficientes para la medición de la gestión, no se contaba con una herramienta que permitiera consolidar la información. El diseño del sistema de seguimiento y control sirvió en la institución para la estandarización de las mediciones que se deben realizar para la gestión de los procesos.
- La empresa tiene una estructura organizacional basada en la gestión por procesos, a través del proyecto se logra describir cada uno de ellos, desde las entradas hasta las salidas. Dime cuenta con una gestión documental organizada, aunque algunas de las actividades que se ejecutan deben documentarse de manera formal, el proyecto estandariza y adapta la información de los indicadores de gestión que se deben utilizar a la estructura documental que tiene la empresa.
- En la creación de indicadores se tuvo en cuenta el plan estratégico organizacional, se plantearon indicadores que apuntaron a cumplir con la misión y visión, desarrollados a través de las perspectivas del Balanced Scorecard, la unión de estas herramientas de la administración genera un modelo de seguimiento y control que permitió fortalecer el sistema de gestión de calidad institucional y crear planes de acción preventivos y no correctivos.
- La herramienta Balanced Scorecard diseñada en éste proyecto contiene información del plan de seguimiento y control propuesto para cada uno de los procesos, a través de esta herramienta se logra consolidar los indicadores, generar control y seguimiento en los mismos, da apertura al análisis de datos y a establecer alarmas para generar planes preventivos, correctivos o de mejora para mantener el indicador bajo las metas que se propongan en la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ URIBE, Gilberto. GARAVITO, Sandra. CHAUX, Alejandra. PINEDA Yanira. "Implementación del sistema de administración de riesgos por entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia 2008. [En línea]. 2011. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=n9ZvaCSObQk%3D&tabid=82&mid=1339&forcedownload=true>

BEDOYA ROLDÁN, Paula Andrea. "Hojas Metodológicas Indicadores de Sector Salud". [En línea] Colombia, Bogotá. Julio 17 de 2006. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: [https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DIFP/Bpin/H\\_Metodolo\\_Indicadores\\_Sector\\_Salud.pdf](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DIFP/Bpin/H_Metodolo_Indicadores_Sector_Salud.pdf)

CÁRDENAS, Claudia Liliana. MARTINEZ, Margin. RODRIGUEZ, Luis Fernando. "Indicadores de Gestión de los programas Académicos de campo de la Universidad del Rosario". [En línea] Colombia, Bogotá. Julio 17 de 2006. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/17/17a229b8-77e7-41a6-8c4a-e5a368e6bb14.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/17/17a229b8-77e7-41a6-8c4a-e5a368e6bb14.pdf)

CORDOBA TOBÓN, Carlos Hernando. Characterization de process [en línea]. Colombia [Consultado el 28 de junio de 2014]. Disponible en: <http://gerenciaprocesos.comunidadcoomeva.com/blog/index.php?/categories/5-5-Characterizacion>

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Guía de Diseño, Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma de calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000-2004. Página 11, 2007.

DIAZGRANADOS, Nestor. Seminario taller construcción de mapas estratégicos y Balanced Scorecard" Bogotá, Colombia, 2006, p 53. Memorias.

EVANS, James R, LINDSAY, William M. "Administración y control de la calidad". 7a edición. México, Consegraf, 2007, p153, ISBN, 0-324-38227-8.

FONTALVO HERRERA, Tomás. Herramientas efectivas para el diseño e implementación de un SGC ISO-9000:2000. Bogotá, Colombia, 2004, p 54. ISBN: 958-33-6277-8

GALINDO, Mauricio. Gasto de Gobierno, una de las claves del repunte económico. [en línea]. 2013. Colombia. [Consultado el 30 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/economia/pib-segundo-trimestre-2013>

GAVIRIA, Alejandro. Sector salud en Colombia requiere \$3.5 billones más para el 2014. [En línea]. 2013. Colombia. [Consultado el 30 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/sector-salud-colombia-requiere-35-billones-para-2014>

GUARNEROS RICO, José Ricardo. Sistemas de gestión de calidad para pequeñas y medianas empresas. [En línea] México. Junio 2010. [Consultada el 23 de febrero de 2013] Disponible en: <http://suite101.net/article/sistemas-de-gestion-de-calidad-para-pequenas-y-medianas-empresas-a17319#axzz2LSMYBqY3>

HUERTA, Patricia. PAÚL, Iván. LEYTON, Carolina. “Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud pública”. [En línea] Chile. Abril 12 de 2012. [Consultada el 25 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a06>

KERGUELÉN BOTERO, Carlos Alfonso. “Calidad en Salud en Colombia”. [En línea]. Marzo 2008. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

MINISTERIO DE FOMENTO. La gestión por procesos, capítulo 4 [en línea]. Mayo 2005. España. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541ACDE-55BF-4F01-B8FA-03269D1ED94D/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Modelo de atención integral en salud [en línea]. 2010. Guatemala. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Modelo\\_de\\_atencion\\_MPAS.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Modelo_de_atencion_MPAS.pdf)



MINISTERIO DE SALUD. Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud. [En línea]. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

MINSITERIO DE SALUD. Herramientas de calidad [en línea]. Perú. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/herramientas/mapa\\_procesos.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/herramientas/mapa_procesos.pdf)

NEFSTEAD, Ward E. Creating An Excel-Based Balanced Scorecard To Measure the Performance of Colleges of Agriculture. [en línea]. California [Consultado el 25 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://kumpulansoalun.com/read/creating-an-excel-based-balanced-scorecard-to-measure-the-/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desempeño de los sistemas de salud [en línea]. 2002. México. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Desempeño de los sistemas de salud [en línea]. 2002. México. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Funciones del sector salud [en línea]. 2012. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=325:2-funciones-del-sector-salud&catid=119&Itemid=621&lang=es](http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=325:2-funciones-del-sector-salud&catid=119&Itemid=621&lang=es)

OSPINA, Natalia. El glosario de la salud. [En línea]. 2011. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://medicinaprepagada.comeva.com.co/publicaciones.php?id=31690>

PEREA, Joaquín. La calidad como factor determinante de la competitividad de la pyme Veracruzana. [En línea] México. Octubre, 2012. 18p. [Consultada el 25 de febrero de 2013] Disponible en: <http://congreso.investigacion.fca.unam.mx/docs/anteriores/xvii/docs/C20.pdf>


RODRIGUEZ H. Carlos Edgar. "Acreditación en salud, diez años de avances". Aportes a la calidad superior en las instituciones de salud en Colombia. Colombia, ICONTEC, 2013, p 33, ISBN, 978-958-8585-44-4.

SALAS, Juan Antonio. "Métodos Cualitativos de investigación". [En línea]. 2009. Colombia. [Consultado el 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.metodosytecnicas.com/Metodologia/Trabajos%20Alumnos%2099-00/LaEntrevista.doc>


VILLACRÉS PÉREZ, Paulina Elizabeth. Sistema de gestión de calidad para la estandarizar procesos académicos y administrativos en la carrera de ingeniería industrial en procesos de automatización de la F.I.S.E.I. Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ingeniería en Sistemas Electrónica e Industrial. 2012. p. 20.

## ANEXOS

### Anexo A. Caracterización de los procesos

	<b>FICHA TECNICA DE AUDITORIA MÉDICA</b>	<b>FT1- AM</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Auditoria Médica</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Evaluar periódicamente la calidad de atención medica que reciben los paciente, así como evaluar los procesos administrativos para el soporte de las facturas, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas.
<b>Líder del proceso:</b> Auditor Médico.
<b>Participantes del proceso:</b> Auditor Médico, Enfermera auditor, Auxiliar de Auditoría Interna, Auxiliar de Auditoría Externa, Auxiliar Servicios No Pos, Auxiliar de archivo de Historia Clínica
<b>Entradas:</b> Historia Clínica, datos estadísticos hospitalarios, facturas, convenios de entidades de salud, listado de cartera.
<b>Proveedores:</b> Servicios asistenciales clínicos y ambulatorios, facturación, cartera, gestión comercial.
<b>Proceso:</b> Programación de visitas a los servicios Programación de comité de historias Clínicas. Programación de revisión y conciliación de Facturas. Programación de Evaluación de historias clínicas. Evaluación de la Calidad del registro de la Historia Clínica. Revisión de custodia y manejo de la historia clínica. Seguimiento administrativo de ingreso y egreso de pacientes. Revisión de historias clínicas para detección de hallazgos de auditoría concurrente. Entrega de reportes de hallazgos en auditoria concurrente a coordinadores de servicios. Revisión y seguimiento de la realización de las justificaciones de los servicios NO POS. Respuesta oportuna a Glosas y devoluciones de cuentas médicas. Retroalimentar a las entidades responsables de pago sobre la efectividad Generar plan de acción según hallazgos en la revisión de Historias clínicas Verificación del diligenciamiento y manejo de la historia clínica. Verificación de actos administrativos que soportan los hechos médicos. Verificación de acciones de mejora en los servicios de acuerdo a los hallazgos de auditoría concurrente.

	<b>FICHA TECNICA DE AUDITORIA MÉDICA</b>	<b>FT1- AM</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Verificar la oportunidad y pertinencia médica.


Seguimiento a los causales de glosa por servicio

**Salidas:** Oportunidad y pertinencia médica en los procedimientos clínicos realizados al paciente, historias clínicas con registros con calidad, disminución de glosas administrativas y de pertinencia médica, respuesta oportuna de glosas y devoluciones.

**Clientes:** Entidades responsables del pago, facturación y cartera, gestión clínica, gestión comercial, servicios asistenciales clínicos y ambulatorios

Verificación de la justificación NO POS anexa a la factura.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	<b>FT1- GCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

### Gestión Clínica


**Objetivo del proceso:** Garantizar y Sostener la articulación y administración de los procesos asistenciales de atención a los usuarios soportados en evidencias científicas y equipo humano altamente calificado con el fin de lograr una cultura institucional de seguridad en la atención.

**Líder del proceso:** Coordinador de Gestión Clínica

**Participantes del proceso:** Coordinador de Gestión Clínica y Coordinadores de Servicios Asistenciales

**Entradas:** Información transmitida por los diferentes líderes de los servicios asistenciales, informe de auditoría médica, informes de indicadores de servicios

clínicos.

	<b>FICHA TECNICA DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	<b>FT1- GCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>


**Proveedores:** Servicios asistenciales, Auditoría Médica, Servicio Farmacéutico, Direccionamiento.

**Proceso:**


Programación de comités Clínicos  
Programación de visitas a los servicios asistenciales  
Identificar causas de morbilidad que permitan medir la adherencia a guías médicas.  
Identificar posibles riesgos del proceso  
Ejecución de cada uno de los comités clínicos  
Revisión, actualización y socialización de guías y protocolos de atención.  
Educación médica continua en los servicios asistenciales.  
Transmitir y ejecutar el direccionamiento estratégico a los servicios asistenciales.  
Realización de rondas de seguridad  
Sostener una cultura de buenas prácticas clínicas.  
Analizar la gestión de los diferentes servicios asistenciales  
Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo.  
Velar por el cumplimiento del plan de atención.  
Realizar listas de chequeo que permitan medir adherencia a las guías médicas.  
Verificar la ejecución de los comités institucionales.  
Revisar permanentemente las necesidades de Guías médicas y protocolos  
Verificar la adherencia a guías médicas y protocolos.  
Verificar el cumplimiento del cronograma de educación médica continua.  
Velar por el cumplimiento de las decisiones del direccionamiento estratégico.  
Vigilar la gestión de los servicios asistenciales.  
Seguimiento al sistema de referencia y contrareferencia.  
Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.  
Verificar la efectividad de la ejecución de planes de acción según gestión del riesgo.  
Generar planes de mejoramiento y acciones correctivas.  
Retroalimentar a los servicios las decisiones tomadas en los comités.

**Salidas:** Informe de gestión, Informe de morbilidad y estadísticas vitales, reporte y evaluación de capacitaciones, reporte y evaluación de adherencia a guías médicas y protocolos.

**Clientes:** Gestión de calidad, Procesos asistenciales, Gestión del Talento Humano, Direccionamiento.

	<b>FICHA TECNICA DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	<b>FT1- GCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>FT1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página x de y</b>


Atención y Seguimiento al Usuario
<b>Objetivo del proceso:</b> Determinar el nivel de percepción que tienen los clientes frente a la prestación de los servicios con el fin de emprender planes de mejoramiento continuo para lograr la satisfacción y la fidelidad de los clientes
<b>Líder del proceso:</b> Coordinadora de Atención y Seguimiento al Usuario.
<b>Participantes del proceso:</b> Auxiliar de Atención y Seguimiento al Usuario.
<b>Entradas:</b> Encuestas de satisfacción, opinión de los usuarios y sus familiares, quejas y reclamos, sugerencias, encuestas de satisfacción de entidades.
<b>Proveedores:</b> Procesos de valor, médicos remitentes, pacientes, entidades.
<b>Proceso:</b> Diseñar encuestas para la medición de percepción. Determinar muestreo para encuestas a usuarios y clientes. Determinar herramientas y metodologías de medición de la percepción. Diseñar planes de mejoramiento de la satisfacción del cliente Elaborar cronograma de medición de la percepción de clientes y usuarios. Aplicar encuestas u otros mecanismos de medición de percepción.

Procesar medición de percepción y preparar reporte  
 Recibir requerimientos de los usuarios (quejas, reclamos, sugerencias)  
 Solucionar requerimientos Clientes.  
 Analizar tendencias en requerimientos clientes.  
 Comunicar a involucrados resultados.  
 Direccionar planes de mejoramiento a los servicios involucrados.  
 Evaluar el tratamiento de quejas  
 Ejecutar los planes de mejoramiento de la satisfacción y fidelidad  
 Revisar pertinencia y adecuación de las herramientas y métodos de medición de la percepción.  
 Verificar cumplimiento del muestreo de encuestas.  
 Verificar la conformidad del Cliente respecto a la atención de su requerimiento.  
 Determinar la satisfacción de los clientes internos con el proceso.  
 Verificar la pertinencia del sistema de información utilizado  
 Realizar seguimiento a la correcta ejecución del plan implementado por los diferentes servicios  
 Re-definir la muestra de clientes que aplica.  
 Aplicar encuesta y analizar datos reales.  
 Indagar la situación para obtener Información.  
 Buscar nuevas soluciones y mecanismos para comunicar.  
 Re-diseñar el plan ó incluir actividades que se ajusten al mismo

**Salidas:** Información confiable y oportuna sobre la percepción de los usuarios y clientes del servicio.

**Clientes:** Planeación y evaluación de la gestión, Gestión comercial, Procesos de Valor.


	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	FICHA TECNICA DE TOMA DE EXAMENES	FT1- AD
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	VERSIÓN 01	Página x de y

Toma de Exámenes
------------------

<b>Objetivo del proceso:</b> Obtener trazados e imágenes diagnósticas que sigan los protocolos establecidos y que sean oportunos
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador Servicios Diagnósticos
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos radiólogos, Cardiólogos y Gastroenterólogos, Técnicos y Auxiliares en Imágenes diagnósticas.
<b>Entradas:</b> Insumos, pacientes y órdenes de estudios.
<b>Proveedores:</b> Contacto y admisión del usuario, compras.
<b>Proceso:</b> Establecer protocolos de estudios Disponer de materiales, herramientas e insumos para la toma del examen. Ubicar e informar al paciente sobre estudios y posibles riesgos. Preparar equipos Realizar estudio Despedir y dar recomendaciones sobre los cuidados al paciente post examen Entregar imágenes al área de análisis y resultados. Verificar funcionamiento de equipos Verificar fechas de vencimiento de medicamentos Suspender estudio ante contraindicaciones absolutas y relativas.
<b>Salidas:</b> Imágenes y trazados interpretación médica.
<b>Clientes:</b> Médicos internos

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	FICHA TECNICA DE ANÁLISIS Y RESULTADOS	FT2- AD
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	VERSIÓN 01	Página 1 de 2

Análisis y Resultados
<b>Objetivo del proceso:</b> Exámenes con interpretación y diagnóstico confiable con entrega de información escrita mediante imágenes de calidad en forma oportuna para el paciente y médico tratante.
<b>Líder del proceso:</b> Médico radiólogo
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos especialistas, secretaria de transcripción y secretaria de entrega de resultados
<b>Proveedores:</b> Toma de Exámenes



	<b>FICHA TECNICA DE ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>FT2- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Proceso:**

Establecer manejo de urgencias  
 Programar horario de lectura  
 Establecer presentaciones de informes  
 Verificar concordancia y calidad de exámenes  
 Análisis e interpretación de imágenes  
 Transcribir interpretación  
 Revisar y firmar informe  
 Entregar documentos a facturación  
 Relacionar informes terminados  
 Empacar y entregar a recepción  
 Archivar informe  
 Entregar examen al paciente  
 Realizar copias de seguridad.  
 Verificar la identificación de estudios y cumplimiento de protocolo  
 Verificar la exactitud de lo escrito con lo interpretado  
 Verificar el número de placas y correspondencia entre informe y paciente  
 Devolver toma de examen  
 Devolver examen a transcripción  
 Consultar y gestionar faltantes

**Salidas:** Interpretación o diagnóstico de imágenes y trazados

**Clientes:** Médicos

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE CONTACTO Y ADMISIÓN AL USUARIO</b>	<b>FT1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Contacto y Admisión al Usuario</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar al usuario las instrucciones adecuadas para garantizar la atención con relación de asignación y cancelación de citas, admisión del usuario a través de una atención oportuna, amable, confiable y segura.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de Servicios diagnósticos.
<b>Participantes del proceso:</b> Secretarías Clínicas, Conmutador, Coordinadores de cada servicio asistencial.
<b>Entradas:</b> Solicitud de prestación de servicios (Telefónico o presencial), Coordinador de cada servicio.
<b>Proveedores:</b> Usuario, equipo médico tratante, aseguradoras, IPS.
<b>Proceso:</b> Planeación de la programación de atención en los servicios Diseñar listado de verificación de condiciones clínicas Disponer de los insumos necesarios y recurso humano para la prestación del servicio Reservar la asignación de cama para hospitalización UCI, UCIN, identificar posibles riesgos del proceso. Programar agendas Suministrar información al paciente sobre preparación y documentación requerida según protocolos del servicio, recibir o admisionar al paciente. Elaborar manilla de identificación del paciente según protocolo, anexar documentos para la prestación del servicio Entregar consentimiento informado al usuario. Generar factura o entregar documentación completa al área de facturación. Orientar al paciente y a su familia o acompañante en los horarios de atención y visita, dar a conocer al usuario sus derechos y deberes, velar por el cumplimiento del plan de atención. Confirmación de agendas Validación de tipo de examen preparación, autorizaciones correctas Validación de derechos con la aseguradora, seguimiento al proceso de solicitud de autorizaciones. Verificar la documentación Reprogramación de citas.
<b>Salidas:</b> Paquete de orden médica, orden autorizada, factura, hoja de gastos, Hoja de admisión, Copia de soportes para la factura, bases de datos del sistema de referencia y contrareferencia.
<b>Clientes:</b> Todos los servicios asistenciales, facturación, auditoría médica, otras entidades.

	<b>FICHA TECNICA DE CONTACTO Y ADMISIÓN AL USUARIO</b>	<b>FT1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE CIRUGÍA</b>	<b>FT1- CIR</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Cirugía</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Realizar Intervenciones quirúrgicas de acuerdo a la complejidad requerida, que permitan mejorar la expectativa y calidad de vida del usuario teniendo en cuenta la seguridad del usuario y oportunidad en la prestación del servicio
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de cirugía.
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos cirujanos, Anestesiólogos, Per fusionistas, Instrumentadores Quirúrgicos, Instrumentadores Quirúrgicos, Circulantes de quirófano.
<b>Entradas:</b> Historia Clínica, exámenes de laboratorio y estudios diagnósticos del usuario, pruebas de compatibilidad.
<b>Proveedores:</b> Proceso de Contacto y Admisión del Usuario, Archivo de Historias Clínicas, Banco de Sangre, Consulta externa.

	<b>FICHA TECNICA DE CIRUGÍA</b>	<b>FT1- CIR</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Proceso:**

Acondicionamiento de la sala de acuerdo al procedimiento quirúrgico  
Revisión de la programación diaria de cirugía.  
Reservas de cama a los servicios de UCI y Hospitalización  
Reserva al Banco de Sangre.  
Preparación de paquetes quirúrgicos estériles  
Revisión de Medicamentos e Insumos.  
Asignación de personal médico asistencial.  
Identificar posibles riesgos del proceso.  
Preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico  
Realización del procedimiento quirúrgico  
Recuperación y/o traslado del paciente a UCI, UCIN y Hospitalización.  
Realización de nota operatoria, consentimiento informado, valoración de anestesia, registro de perfusión, órdenes médicas y notas de enfermería.  
Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes.  
Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo.  
Velar por el cumplimiento del plan de acción.  
Verificar la preparación del paciente.  
Verificar que la historia clínica este completa.  
Verificar las condiciones para la realización de cirugía  
Verificación de condiciones post quirúrgicas.  
Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.  
Verificar la efectividad de la ejecución de los planes de acción según gestión de riesgo.  
Solicitar documentos faltantes para la realización del procedimiento.

**Salidas:** Historia Clínica, Usuario con procedimiento quirúrgico realizado.

**Clientes:** Hospitalización, UCI, UCIN.


	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>FICHA TECNICA DE ANGIOGRAFÍA</b>	<b>FT1- ANG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>


<b>Angiografía</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Realizar procedimientos invasivos, quirúrgicos y/o médicos que permitan mejorar la expectativa y calidad de vida del usuario teniendo en cuenta la oportunidad en la prestación del servicio, seguridad e instauración de tratamientos de acuerdo a la complejidad requerida.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de angiografía.
<b>Participantes del proceso:</b> Instrumentador Quirúrgico, circulantes, Médicos cirujanos cardiovasculares, Médicos Hemodinamistas, Médicos electrofisiólogos, Médicos cirujanos vasculares, Neuroradiólogos, Anestesiólogo, Auxiliar de recuperación, Auxiliar de pre inducción, Técnico diagnóstico.
<b>Entradas:</b> Orden de autorización de servicios, Laboratorios y diagnósticos del paciente, Historia Clínica.
<b>Proveedores:</b> Proceso de contacto y de admisión del usuario, UCI, Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa.
<b>Proceso:</b> Revisión de la programación diaria de angiografía Reserva de la cama de UCI o de Hospitalización. Reserva de banco de Sangre Preparación de paquetes estériles de procedimientos Revisión de insumos con proveedores. Acondicionamiento de la sala de acuerdo al procedimiento invasivo o cirugía Asignación de personal médico asistencial de acuerdo a la complejidad del procedimiento Preparación del paciente para el procedimiento Realización del procedimiento Realización de nota de intervención y órdenes médicas a seguir. Interpretación de los resultados del procedimiento. Traslado de usuarios a los servicios que se requieran Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente
<b>Salidas:</b> Usuarios con diagnóstico, usuarios con tratamiento, Historia Clínica.
<b>Clientes:</b> UCI, UCIN, Hospitalización.

	<b>FICHA TECNICA DE ANGIOGRAFÍA</b>	<b>FT1- ANG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS</b>	<b>FT1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar atención a los pacientes que se encuentren en estado crítico de salud, con el fin de lograr estabilidad hemodinámica y terapéutica de manera segura y oportuna.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador UCI.
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos especialistas (Internistas, Intensivistas), Médicos asistenciales, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, auxiliar de terapia física y respiratoria, terapeutas respiratorios, médicos interconsultantes
<b>Entradas:</b> Usuarios Críticos, Historias Clínicas
<b>Proveedores:</b> Angiografía, Cirugía, Urgencias, Hospitalización, IPS.

	<b>FICHA TECNICA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS</b>	<b>FT1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Proceso:**

Planeación y asignación del recurso humano, tecnológico, insumos y medicamentos para la atención del usuario.  
Establecer plan médico y terapéutico según necesidades integrales del usuario.  
Planeación de actividades y cuidados de enfermería para la atención integral del usuario, identificar posibles riesgos del proceso.  
Recibir y atender al paciente  
Realizar actividades de enfermería  
Realizar terapias de rehabilitación.  
Valoración médica constante y ejecución de las conductas,  
Solicitud de medicamentos e insumos.  
Realizar procedimientos médicos y diagnósticos.  
Ejecutar el protocolo de traslado del paciente  
Informar al paciente y su familia sobre la evolución diaria de manera personal.  
Ejecutar el plan de egreso.  
Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente.  
Velar por el cumplimiento del plan de atención.  
Verificar la correcta ejecución de las órdenes médicas a través del re-chequeo por turno.  
Verificar el correcto diligenciamiento del consentimiento informado.  
Verificar por turno la correcta solicitud y dispensación de medicamento.  
Verificar el correcto diligenciamiento de la orden médica y soportes de enfermería  
Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.  
Generar una corrección inmediata se detecta un error en el re-chequeo por turno.

**Salidas:** Paciente con diagnóstico de ingreso resuelto, paciente fallecido, Referencia y Contrareferencia, Historia Clínica

**Clientes:** Hospitalización, IPS.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>FICHA TECNICA DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>FT1- HOS</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

Hospitalización
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar un servicio integral de salud a pacientes con patologías Neurocardiovasculares que requieran hospitalización nivel III y IV, de una manera segura y con tratamiento oportuno.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de Hospitalización.
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos especialistas, Médicos generales, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y secretarias.
<b>Entradas:</b> Pacientes que requieren servicios integrales hospitalarios con patologías Neurocardiovasculares.
<b>Proveedores:</b> IPS, EPS, UCI, Particulares, Urgencias, Angiografía.
<b>Proceso:</b> Planeación de actividades de enfermería para la atención del paciente. Establecer planes médicos y de manejo para el tratamiento del paciente. Establecer y elaborar protocolos y guías de manejo. Identificar posibles riesgos del proceso Recibir y atender los pacientes Identificar las necesidades integrales del paciente Informar al paciente y su familia sobre las condiciones de salud y alternativas al tratamiento. Solicitud de medicamentos e insumos. Realizar actividades de enfermería Actividades de fisioterapia Definición de conductas por parte del médico Reportar eventos adversos que se presenten en la atención Velar por el cumplimiento de derechos y deberes Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo Velar por el cumplimiento del plan de atención Funcionalidad de los recursos soporte Comunicar y confirmar la aceptación de alternativas de tratamiento por parte del paciente y su familia. Fechas de vencimiento de los medicamentos y recursos Cumplimiento de órdenes médicas Evolución periódica del paciente para visualización de cambios Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras Verificar la efectividad de la ejecución de los planes de acción según gestión de riesgos Reportes al proceso de mantenimiento Remisiones de los pacientes de acuerdo a los requisitos.



	<b>FICHA TECNICA DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>FT1- HOS</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Reporte de medicamentos vencidos Identificar eventos adversos Ordenar conductas médicas durante el tratamiento Revaloración del estado de salud del paciente
<b>Salidas:</b> Usuarios con soluciones de los diagnósticos y conductas de tratamiento.
<b>Clientes:</b> UCI, IPS, Angiografía.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE URGENCIAS</b>	<b>FT1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Urgencias</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Garantizar la atención oportuna y segura de los usuarios de acuerdo a los signos y síntomas establecidos en el triage definiendo la conducta a seguir acorde a su patología.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de urgencias.
<b>Participantes del proceso:</b> Médicos generales, médicos especialistas, Auxiliar de enfermería.
<b>Entradas:</b> Documentos de admisión, pacientes con patologías Neurocardiovasculares.
<b>Proveedores:</b> Contacto y Admisión del Usuario, Pacientes Particulares, Médicos especialistas internos, Entidades.

	<b>FICHA TECNICA DE URGENCIAS</b>	<b>FT1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Proceso:**

Realizar la dotación de equipos necesarios para la atención del paciente.  
Elaborar las guías médicas de las patologías Neurocardiovasculares más comunes.  
Elaborar el plan de actividades de enfermería para la atención del paciente en el servicio de urgencias.  
Identificar posibles riesgos del proceso.  
Valoración por el médico de turno  
Toma y solicitud de exámenes de laboratorio, diagnóstico y de procedimientos  
Revisión del paciente por sistemas y definir conducta con el paciente.  
Aplicar los protocolos y guías medicas establecidas en el servicio  
Informar al paciente o familiar el estado actual de salud del paciente.  
Dar recomendaciones al egreso  
Dar respuesta a IPS de pacientes remitidos  
Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo y velar por el cumplimiento del plan de atención  
Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente.  
Verificar la funcionalidad de los recursos para la prestación del servicio  
Verificar los tratamientos médicos para identificar si son asertivos  
Verificar el ingreso de pacientes a las IPS receptoras  
Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.  
Verificar la efectividad de los planes de acción.  
Revaloración del estado de salud del paciente  
Remisión del paciente cuando los requisitos del tratamiento así lo requieran

**Salidas:** Historia Clínica, paciente con tratamiento definido, internación del paciente, remisión a otra institución.

**Clientes:** IPS, Proceso de facturación, Servicios Internos UCI, Hospitalización, Servicios diagnósticos, cirugía, Angiografía.

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>FICHA TECNICA DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>FT1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

Laboratorio Especializado
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar apoyo diagnostico en el área de Inmunogenética emitiendo resultados de manera oportuna, segura y eficiente para la toma de decisiones médicas.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinadora Medica del Laboratorio de Inmunogenética
<b>Participantes del proceso:</b> Bacteriólogas del laboratorio de Inmunogenética
<b>Entradas:</b> Ordenes médicas, muestras, datos historia clínica, lista Activa de trasplante, lista de Turnos
<b>Proveedores:</b> Médicos de los programas de trasplante renal y cardiaco, medico, coordinador operativo de trasplante, laboratorio clínico Carlos Cuello, laboratorios externos.
<b>Proceso:</b> Programación del trabajo diario, según las pruebas por montar. Programación de muestras de pacientes. Organización del montaje de muestras según plantillas para cada prueba. Programación de turnos de disponibilidad fuera del horario laboral. Programación de turnos para la realización de cada prueba dentro del horario laboral. Identificar posibles riesgos del proceso. Programación de mantenimientos preventivos y calibraciones de equipos. Montaje de pruebas de diagnóstico en inmunogenética. Análisis de resultados de la pruebas de diagnóstico en inmunogenética. Solicitud de reactivos e insumos. Calibración de las técnicas de diagnóstico en inmunogenética. Asesoría en la interpretación clínica de resultados. Velar por el cumplimiento de derechos y deberes. Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo Interconsultas por la coordinadora médica Listados de pruebas vendidas a la clínica y a laboratorios externos Verificar la adherencia a los instructivos y protocolos Verificar los resultados por dos analistas (bacteriólogas y Coordinadora Medica) para garantizar la calidad. Verificar el consumo y disponibilidad de reactivos e insumos. Verificar el buen funcionamiento cotidiano de los equipos. Verificar los controles de calidad internos y externos de cada prueba. Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. Velar por el cumplimiento del plan de atención. Verificar la efectividad de los planes según gestión del riesgo Repetición de pruebas según resultados obtenidos.

	<b>FICHA TECNICA DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>FT1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Solicitar mantenimiento correctivo de los equipos
Generación de planes de mejora según desempeño del proceso
<b>Salidas:</b> Reporte de resultados de las pruebas solicitadas.
<b>Clientes:</b> Programa de trasplante renal y cardiaco, IPS, laboratorios externos

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE TRASPLANTE</b>	<b>FT1- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Trasplante</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar una atención integral, segura y multidisciplinaria a los pacientes y a su familia, que les permita mejorar la expectativa y la calidad de vida.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador Médicos de Trasplantes
<b>Participantes del proceso:</b> Coordinadora de Enfermería de trasplante renal y cardiaco, cirujanos de trasplante renal y de corazón, psicóloga, trabajadora social, nutricionista, auxiliares de enfermería y auxiliar administrativa.
<b>Entradas:</b> Remisión de pacientes para evaluación de receptor, trasplante y seguimiento.
<b>Proveedores:</b> Entidades de salud en convenio.

	<b>FICHA TECNICA DE TRASPLANTE</b>	<b>FT1- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Proceso:**

Establecer protocolos y guías de trabajo.  
 Programación de citas para el paciente en el servicio de trasplante.  
 Establecer plan médico, quirúrgico y terapéutico según necesidades integrales del paciente.  
 Establecer plan para la detección y promoción de la donación de órganos, plan de seguimiento terapéutico  
 Evaluar receptor  
 Educar al paciente  
 Realizar seguimiento al paciente  
 Realizar junta médica semanal  
 Coordinar y participar activamente en el rescate de órganos  
 Realizar trasplante  
 Desarrollar plan terapéutico  
 Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes  
 Velar por el cumplimiento del plan de atención.  
 Verificar adherencia a guías médicas y protocolos  
 Verificar autorizaciones soportes, justificaciones para tramites con entidades de salud  
 Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.

**Salidas:** Pacientes evaluados como receptor, paciente trasplantado, paciente en tratamiento médico postrasplante.

**Clientes:** Aseguradoras.


	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE REHABILITACIÓN</b>	<b>FT1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>


<b>Rehabilitación</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar una atención de rehabilitación Cardíaca al paciente con patología cardiovascular por medio del ejercicio dirigido por profesionales con experiencia específica en ese grupo poblacional, optimizando sus condiciones de vida (físico, mental y sicosocial)
<b>Líder del proceso:</b> Coordinadora de Rehabilitación (Fisioterapeuta).
<b>Participantes del proceso:</b> Secretaria clínica.
<b>Entradas:</b> Ordenes médicas autorizadas por la entidad, órdenes médicas particulares.
<b>Proveedores:</b> Entidades en convenio, pacientes particulares
<b>Proceso:</b> Establecer protocolos, instructivos y guías de manejo. Programar las citas del paciente de rehabilitación Alistar la programación diaria de los pacientes de rehabilitación. Acondicionamiento diario del área de trabajo (Área de entrenamiento). Identificar posibles riesgos del proceso. Asignar las citas y realizar el cumplimiento en el sistema. Encender los equipos biomédicos. Aplicar rutina de rehabilitación al paciente de acuerdo a protocolos. Aplicar lista de chequeo de valoración fisioterapéutica del paciente de rehabilitación cardíaca que permita medir la adherencia. Velar por el cumplimiento del plan de atención. Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes. Educar al paciente en la aplicación de la rutina. Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. Verificar la aplicabilidad de la adherencia de guías y protocolos Verificar que las ordenes medicas se encuentren debidamente autorizadas Verificar los convenios institucionales que se encuentran activos para la atención de rehabilitación. Verificar la aplicabilidad de la lista de chequeo. Verificar la adherencia del programa de rehabilitación Verificar confirmación de cita programada y seguimiento a paciente. Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. Implementar acciones que permitan el mejoramiento y control del proceso.
<b>Salidas:</b> Pacientes aptos y educados para continuar actividades físicas de manera independiente.
<b>Cientes:</b> Pacientes que egresan de los servicios de Hospitalización, UCI y UCIN, pacientes valorados en Cardiología o Insuficiencia Cardíaca.

	<b>FICHA TECNICA DE REHABILITACIÓN</b>	<b>FT1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>FT1- PCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

Unidad de Insuficiencia Cardiaca
<b>Objetivo del proceso:</b> Brindar una atención integral y multidisciplinaria a los pacientes con insuficiencia cardiaca y a su familia, que les permita mejorar la calidad de vida.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador Médico de Insuficiencia Cardiaca.
<b>Participantes del proceso:</b> Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca, Auxiliar de Enfermería, Psicóloga, Nutricionista.
<b>Entradas:</b> Remisión interna y externa de pacientes para valoración, orden Médica.
<b>Proveedores:</b> Entidades en convenio, hospitalización, urgencias, consulta externa, UCI, UCIN
<b>Proceso:</b> Establecer protocolos y guías de manejo. Programar citas para el paciente en insuficiencia cardiaca. Establecer plan médico y terapéutico según necesidades integrales del paciente.

	<b>FICHA TECNICA DE UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>FT1- PCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

<p> Establecer plan para la adherencia al tratamiento  Elaborar Plan de seguimiento terapéutico.  Identificar posibles riesgos del proceso  Realizar educación continua.  Pasar Ronda Médica diaria en los servicios asistenciales  Valorar al paciente por consulta externa y al paciente hospitalizado  Realizar la información y diligenciar registros propios del programa.  Realizar la junta médica mensual.  Desarrollar el plan terapéutico.  Generar planes que contribuyan a la gestión del riesgo  Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente.  Velar por el cumplimiento del plan de atención  Verificar la aplicabilidad de la adherencia a guías y protocolos.  Verificar autorizaciones, justificaciones y soportes necesarios para los trámites con entidades de salud.  Evaluar la planeación y el desarrollo del plan terapéutico.  Verificar la oportunidad en la atención  Verificar la adherencia al tratamiento.  Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión de riesgo.  Verificar a través de rondas de seguridad, prácticas seguras.  Generar las acciones correctivas, preventivas, de mejora y socializarlas con los integrantes del proceso. </p> <p> <b>Salidas:</b> Pacientes evaluados con conducta médica definida, historia Clínica del paciente en el programa de Insuficiencia Cardiaca y orden Médica </p> <p> <b>Clientes:</b> Pacientes provenientes de EPS, IPS, particulares, aseguradoras, medicina prepagada. </p>
---

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			



	<b>FICHA TECNICA DE FACTURACIÓN</b>	<b>FT1- GF</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

Facturación
<b>Objetivo del proceso:</b> Facturar y radicar los exámenes y procedimientos realizados en la institución, de forma oportuna y veraz, con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados.
<b>Líder del proceso:</b> Jefe de Facturación
<b>Participantes del proceso:</b> Coordinación de facturación, Liquidador, Facturador, Auxiliares de facturación, Supernumerarios, Auxiliares de envío.
<b>Entradas:</b> Contratos con las entidades, admisiones y autorizaciones de pacientes según los servicios prestados
<b>Proveedores:</b> Gestión Comercial, usuario que desea acceder nuestros servicios
<b>Proceso:</b> Identificar las condiciones contractuales. Identificar los requisitos de la presentación de las facturas Identificar fecha de radicación de cuentas. Identificar posibles riesgos del proceso. Ingresar y validar la información en el sistema de acuerdo a lo realizado al paciente Liquidación de consumos y procedimientos Generar factura Anulación de facturas o elaboración de notas crédito en caso de requerirse Organización de la cuenta de acuerdo a los requisitos de la entidad Entrega de factura a auditoría externa para revisión previa a la radicación. Entrega al proceso de envíos para su alistamiento de acuerdo a las fechas establecidas Realizar cuenta en medio magnética o Rips. Radicación de Cuentas. Entrega a Cartera de los envíos y copias de facturas con el sello de la entidad. Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo Verificar que la cuenta cumpla con las condiciones de convenio. Verificar que el valor facturado es acorde con lo contratado Verificar los documentos que soportan la factura incluyendo la validación de los derechos del usuario. Verificación de facturas con sello de radicado Conciliación del radicado en el sistema Vs soportes físicos. Conciliación entre Cartera y facturación de la radicación del mes. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo.

	<b>FICHA TECNICA DE FACTURACIÓN</b>	<b>FT1- GF</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

**Salidas:** Factura para revisión por parte de auditoría externa, facturas para radicación.

Generación de archivos de RIPS.

**Clientes:** Auditoria Medica Interna, Auditoria Medica Externa de entidades en convenio  
Entidades, Cartera, Contabilidad

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT1- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

<b>Tecnología Biomédica</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Velar para que el uso de la tecnología biomédica sea adecuada y segura, durante el proceso de atención hacia el paciente, familia y personal de salud en la Institución.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de Tecnología Biomédica y Ambiente Físico.
<b>Participantes del proceso:</b> Estudiantes universitarios en práctica
<b>Entradas:</b> Solicitudes para revisión y reparación de equipos de tecnología biomédica
<b>Proveedores:</b> Procesos asistenciales

	<b>FICHA TECNICA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT1- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

**Proceso:**

Programar mantenimiento (Equipos de tecnología Biomédica).  
Programar calibración de equipos de tecnología biomédica.  
Identificar posibles riesgos del uso de equipos de tecnología biomédica.  
Cronograma de capacitación para el uso de equipos de tecnología biomédica.  
Ejecutar el cronograma de mantenimiento de los Equipos de tecnología biomédica.  
Ejecutar cronograma de Verificación y Calibración de equipos de tecnología biomédica.  
Reportar eventos adversos de tecnovigilancia que se presentan en la atención.  
Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo.  
Solicitud licencias de funcionamiento de equipos de radiación ionizante.  
Socialización de la política de gestión de tecnología.  
Programación de mantenimientos correctivos.  
Verificar la ejecución del cronograma de mantenimiento de equipos de tecnología biomédica.  
Verificar el cumplimiento del cronograma de verificación y calibración de equipos de tecnología biomédica.  
Verificar la vigencia de las licencias de los equipos de radiación ionizante.  
Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras en el uso de equipos de tecnología biomédica.  
Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo.  
Verificación de la adherencia de la política de gestión de tecnología.  
Verificación de realización de mantenimientos correctivos a los equipos de tecnología biomédica.  
Revisar contratos para el mantenimiento preventivo.  
Revisión de renovación de contratos  
Ajustar cronogramas de mantenimiento de los equipos de tecnología biomédica.  
Ajustar cronograma de verificación y calibración de equipos de tecnología biomédica.  
Establecer Planes de acción

**Salidas:** Mantenimiento y calibración de los equipos de tecnología biomédica, adherencia a la política de gestión de tecnología.

**Clientes:** Procesos asistenciales

	<b>FICHA TECNICA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT1- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>FT1- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

Infraestructura
<b>Objetivo del proceso:</b> Direccionar las actividades técnicas y administrativas que permitan la prevención y restablecimiento de daños en el ambiente físico de la Institución.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de Tecnología Biomédica, Infraestructura y Medio Ambiente.
<b>Participantes del proceso:</b> Auxiliares de mantenimiento.
<b>Entradas:</b> Solicitudes de servicio de mantenimiento, contratos de mantenimiento para equipos industriales de uso hospitalarios.
<b>Proveedores:</b> Los líderes de procesos, empresas de mantenimiento
<b>Proceso:</b> Programar mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario Programar mantenimiento de infraestructura. Programar gestión del área del uso hospitalario Programar calibración y mantenimiento de los equipos de producción de aire medicinal. Identificar posibles riesgos del proceso.

	<b>FICHA TECNICA DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>FT1- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

<p>Ejecutar el cronograma de equipos industriales de uso hospitalario.</p> <p>Desarrollar la Programación de mantenimientos de infraestructura, equipos industriales de uso hospitalario.</p> <p>Realizar rondas de inspección del estado de la infraestructura.</p> <p>Ejecutar el cronograma de capacitación para colaboradores del proceso infraestructura.</p> <p>Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo.</p> <p>Verificar la ejecución del cronograma de equipos industriales de uso hospitalario</p> <p>Verificar los mantenimientos de infraestructura, equipos industriales de uso hospitalario</p> <p>Verificar calibración y mantenimiento de los equipos de producción de aire medicinal.</p> <p>Revisar contratos para el mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario.</p> <p>Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo.</p> <p>Ajustar cronogramas de mantenimiento de los equipos industriales de uso hospitalario</p> <p>Ajustar cronograma de verificación y calibración de equipos de producción de aire medicinal.</p> <p>Establecer planes de acción.</p> <p><b>Salidas:</b> Infraestructura y equipos industriales acordes para la atención hospitalaria.</p> <p><b>Clientes:</b> Toda la Institución.</p>
---

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE MEDIO AMBIENTE</b>	<b>FT2- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Medio Ambiente</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Minimizar los impactos negativos ambientales generados por las diferentes actividades desarrolladas en las áreas de la institución.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de Tecnología Biomédica y Ambiente Físico.
<b>Participantes del proceso:</b> Coordinador de Tecnología Biomédica y Ambiente Físico, Practicantes Tecnología Biomédica y Ambiente Físico, Auxiliares de Mantenimiento
<b>Entradas:</b> Política ambiental, Listas de chequeo, Auditorías externas, Instructivos, Programas ambientales, Plan de residuos hospitalarios PGIRHS, Formato RH1
<b>Proveedores:</b> Ministerio de medio ambiente y desarrollo sostenible, compras y suministros, empresas prestadoras de recolección de residuos, entes de control y vigilancia, departamento de Gestión Ambiental DGA, Outsourcing de aseo
<b>Proceso:</b> Realizar diagnóstico ambiental. Generar Plan de residuos hospitalarios PGIRHS. Planear programas ambientales. Definir cronograma de capacitaciones ambientales. Identificar posibles riesgos del proceso. Planeación de auditorías a proveedores de tratamientos de residuos. Ejecutar plan de residuos hospitalarios PGIRHS. Ejecutar los programas ambientales. Aplicar listas de chequeo a través de rondas de seguridad institucional. Realizar Estudio Ambiental (caracterización de vertimientos, residuos, ruido). Ejecutar el comité ambiental. Generación de reporte de los indicadores de residuos peligrosos al IDEAM. Ejecución del cronograma de capacitaciones. Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. Realización de auditorías a proveedores de tratamiento de residuos. Verificar el cumplimiento del PGIRHS. Verificar el cumplimiento de la política ambiental. Verificar el cumplimiento de los programas ambientales. Verificar el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente. Verificar los resultados de las listas de chequeo y rondas de seguridad institucional. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. Identificación de situaciones potenciales de emergencias y de accidentes que puedan generar impactos. Establecer planes de acción.

	<b>FICHA TECNICA DE MEDIO AMBIENTE</b>	<b>FT2- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Actualizar el Plan de residuos hospitalarios PGIRHS. Actualizar programas de gestión ambiental
<b>Salidas:</b> Adherencia a la política ambiental, adherencia a programas ambientales, informes solicitados por entes externos.
<b>Clientes:</b> Clientes internos, clientes externos.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>FICHA TECNICA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</b>	<b>FT1- TIC</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Tecnología de la Información y Comunicaciones</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Garantizar la operación y asegurar el soporte de los sistemas de información, redes y telecomunicaciones, en términos de disponibilidad, seguridad, confiabilidad y eficiencia.
<b>Líder del proceso:</b> Jefe de Tecnología de la Información y Comunicaciones
<b>Participantes del proceso:</b> Auxiliares de Tecnología de la Información y Comunicaciones
<b>Entradas:</b> requerimientos de información, asesoría en soluciones de software y hardware, solicitudes de soporte de software y hardware, soporte y mantenimiento

	<b>FICHA TECNICA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</b>	<b>FT1- TIC</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

de software y hardware por terceros, solicitudes de apoyo logístico en sistemas.

**Proveedores:** todos los procesos de apoyo, valor y dirección, outsourcing de impresión, contratación de antivirus, aplicativo asistencial, aplicativo contable y nomina internet, equipo de cómputo y servidores, bases de datos, licenciamiento de sistemas operativos y ofimática, actualización de ajustes o mejoras de aplicativos.

**Proceso:**

Establecer cronograma de mantenimiento preventivo de hardware y de software  
Realizar los soportes y solicitudes a la operación de manera oportuna y eficiente  
Aplicar lista de estado en línea de servidor  
Realizar Back Ups periódicos de los servidores para garantizar la contingencia de la información en el tiempo.  
Implementar actualización de software y hardware de tecnologías adquiridas.  
Ejecución de proyectos tecnológicos  
Realizar capacitaciones internas  
Verificar cumplimiento de cronogramas  
Validar eficiencia de las capacitaciones tecnológicas  
Verificar back ups periódicos  
Verificar cumplimiento de actividades en los proyectos  
Reinducciones  
Ajustar cronogramas

**Salidas:** reportes solicitados por los usuarios, recomendaciones para la adquisición de hardware y software, Soportes y solicitudes ejecutadas, Tiempos de respuesta, Herramientas informáticas implantadas para suplir solicitudes.

**Clientes:** Procesos de valor apoyo y dirección, entes reguladores de servicios informáticos.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			



	<b>FICHA TECNICA DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>FT1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

<b>Esterilización</b>
<b>Objetivo del proceso:</b> Proveer dispositivos médicos que requieran esterilización y desinfección de forma segura, oportuna para todos los servicios de la institución.
<b>Líder del proceso:</b> Coordinador de central de esterilización
<b>Participantes del proceso:</b> Auxiliares de esterilización.
<b>Entradas:</b> Dispositivos médicos (Instrumental, catéteres, guías, circuitos de terapias, respiratoria)
<b>Proveedores:</b> Hospitalización, UCI, UCIN, Ayudas diagnósticos, urgencias, Angiografía, Cirugía.
<b>Proceso:</b> Revisar programación diaria para elaboración de paquetes Inventario de dispositivos médicos y ropa quirúrgica. Establecer tiempos de esterilización Programación de insumos para esterilización Programación de personal de esterilización Programación de mantenimiento de dispositivos médicos Recepción de dispositivos médicos y ropa quirúrgica. Clasificación de dispositivos médicos Lavado de dispositivos médicos según protocolo Lubricar instrumental Embalar ropa y dispositivos médicos Esterilizar paquetes Almacenar los productos esterilizados Entregar paquetes en diferentes servicios. Verificar las condiciones en que reciben los dispositivos médicos Verificar las condiciones de lavado de dispositivos médicos. Realizar controles Biológicos y químicos. Revisar parámetros de funcionamiento de las autoclaves Verificar las condiciones de temperatura y humedad Verificar estado y funcionamiento de los dispositivos médicos. Reportar devolución de paquetes.
<b>Salidas:</b> Dispositivos médicos en óptimas condiciones de esterilización y desinfección para su uso.
<b>Clientes:</b> Hospitalización, UCI, UCIN, Ayudas diagnósticos, urgencias, Angiografía, Cirugía

	<b>FICHA TECNICA DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>FT1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

## Anexo B. Planes de seguimiento y control


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AUDITORIA MÉDICA</b>	<b>PS1- AM</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Porcentaje de glosa aceptada	Medir los procesos asistenciales y administrativos que soportan la factura	Auditor médico	Mensual	$\frac{\text{Valor glosa aceptada}}{\text{Valor glosa reportada a la institución}} * 100$
Oportunidad de respuestas de objeciones de cuentas medicas	Medir la efectividad con la que se resuelven las cuentas objetadas en la medida del tiempo permitido	Auditor médico, Enfermero auditor, Auxiliar de auditoria	Mensual	$\frac{\text{Total de facturas con glosas y devoluciones respondidas dentro de 20 días hábiles}}{\text{Total facturas con glosas y objeciones devueltas por las entidades responsable del pago}} * 100$
Porcentaje de justificación no pos negados	Mide la efectividad con que se justifican y se radican los servicios no pos de la clínica	Auxiliar de servicios no POS	Mensual	$\frac{\text{No de justificaciones no POS negados}}{\text{No total de justificaciones no POS radicadas}} * 100$
Evaluacion general de la historia clinica	Mide la calidad de los registros de la historia clínica	Auditor medico Enfermera auditor Auxiliar archivo HC	Trimestral	$\frac{\text{Total de historias con calificación excelente}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} * 100$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AUDITORIA MÉDICA</b>	<b>PS1- AM</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Verificación de la pertinencia y oportunidad del acto medico	Auditor médico	Diario	Evaluación y seguimiento del diligenciamiento de la historia clínica	Cumplimiento de protocolos y buena praxis medica	Historia clínica, registro de auditoría concurrente
Hallazgos de objeciones por auditoria concurrente y cuentas medicas	Auditor médico, auxiliar administrativo de auditoria	Diario	Diligenciamiento diario de los registros de auditoría concurrente y cuentas medicas	Cuando encontramos hallazgos se comenta con el equipo de auditoría, se genera la no conformidad	Registro de auditoría concurrente, reporte de no conformidades

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	<b>PS1- GCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 2</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Mide indirectamente la calidad de la prestación del servicio	Coordinadoras de servicios	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes que egresan muertos en el periodo despues de 48 horas de egreso}}{\text{No de egresos en el periodo}} * 100$
Tasa de infección intrahospitalaria	Mide directamente la calidad de la prestación del servicio	Comité de infección	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes con infección}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}} * 100$
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Mide directamente la calidad de la prestación del servicio	Coordinadoras de servicios	Mensual	$\frac{\text{No total de eventos adversos detectados y gestionados}}{\text{No total de eventos adversos detectados}} * 100$
Referencia y contra referencia	Mide la efectividad en la capacidad de resolución de los pacientes referidos	Coordinadora de urgencias	Mensual	$\frac{\text{Total de pacinetes contrareferidos}}{\text{Total de pacientes referidos}} * 100$
Cumplimiento en la realización en los diferentes comités de la clínica	Evaluar el cumplimiento de los comités clínicos	Coordinador médico clínico	Mensual	$\frac{\text{Total de comités realizados}}{\text{Total de comités programados}} * 100$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN CLÍNICA</b>	<b>PS1- GCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 2</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Cumplimiento de la realización de los comités clínicos	Coordinador médico clínico	Mensual	Comprobando los documentos, registros de los diferentes comités	Que se cumplan la realización de los comités más de un 90%	Actas de los comités
Cumplimiento de los cronogramas de las actividades de mejoramiento	Coordinador médico clínico	Mensual	Comprobando la ejecución de las actividades vs actividades establecidas	Que se estén ejecutando más del 90% de las actividades	Planes de mejoramiento

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>PS1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en la gestión de requerimientos	Dar solución oportuna en el tiempo estipulado, con el fin de mejorar la imagen que el usuario tiene de la institución	Auxiliar de ASU, Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de quejas y reclamos gestionados en el tiempo estipulado}}{\text{Total de requerimientos}} * 100$
Proporción de satisfacción del usuario	Medir la satisfacción del usuario con el fin de dar a conocer a los diferentes servicios de la institución el grado de satisfacción de los mismos y así orientar a quien corresponda sobre la implementación de planes de mejora que den respuesta a la insatisfacción manifestada	Auxiliar de ASU, Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{No de usuarios encuestados que califican el servicio como excelente y bueno}}{\text{Total de usuarios encuestados}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>PS1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>


Proporción de satisfacción del usuario con la solución dada a su requerimiento	Medir la satisfacción del usuario con la respuesta y solución dada a los requerimientos	Auxiliar de ASU, Coordinador de ASU Mensual	Mensual	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos con la solución dada a su requerimiento}}{\text{Total de requerimientos presentados}} * 100$
Oportunidad del seguimiento paciente posquirúrgico	Medir la oportunidad del seguimiento en el paciente posquirúrgico	Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de días transcurridos desde el egreso del paciente posquirúrgico hasta el momento que se hizo seguimiento telefónico}}{\text{Total de pacientes que se le realizó el seguimiento}} * 100$
Oportunidad del seguimiento paciente posintervención	Medir la oportunidad del seguimiento en el paciente posintervención	Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de días transcurridos desde el egreso del paciente posintervención hasta el momento que se hizo seguimiento telefónico}}{\text{Total de pacientes que se le realizó el seguimiento}} * 100$
Cumplimiento de seguimiento paciente posquirúrgico	Medir el cumplimiento del seguimiento a pacientes con egreso posquirúrgico	Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes a quienes se les realizó seguimiento, con egreso posquirúrgico durante el mes}}{\text{No total de pacientes con egreso posquirúrgico durante el mes}} * 100$




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>PS1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>

Cumplimiento de seguimiento paciente posintervención	Medir el cumplimiento del seguimiento a pacientes con egreso posintervención	Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes a quienes se les realizó seguimiento, con egreso posintervención durante el mes}}{\text{No total de paxientes con egreso posintervención durante el mes}} * 100$
Oportunidad en la respuesta de requerimientos enviados a las áreas	Medir la oportunidad de la respuesta de las diferentes áreas a los requerimientos enviados por el área de Atención y Seguimiento al Usuario	Coordinador de ASU	Mensual	$\frac{\text{Total de requerimientos enviados a las áreas con respuesta menor a ocho días hábiles}}{\text{Total de requerimientos recibidos}} * 100$


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Tiempo de respuesta de requerimientos	Auxiliar de ASU	Cada vez que se genera un requerimiento	Se realiza comparativo del tiempo de respuesta real con el tiempo estándar establecido	Se debe dar respuesta al usuario según tiempos estipulados IN1-ASU	Presentación de requerimientos de clientes
Resultado del plan de acción solicitado	Auxiliar de ASU, Coordinador de ASU	Mensual	Definir si el plan de acción fue efectivo	Disminuir el reporte de requerimientos del cliente por la misma causa	Reporte satisfacción del usuario e informe de gestión del proceso Plan de acción

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>PS1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>


Nivel de cumplimiento de muestreo	Auxiliar de ASU	Mensual	Cuantificar la cantidad de encuestas realizadas por cada uno de los servicios	Cumplimiento del número de encuesta por servicio requeridas	Reporte mensual de los requerimientos del cliente (cantidad de encuestas)
Causas comunes de los requerimientos de los usuarios	Auxiliar de ASU	Mensual	Clasificar las causas de los requerimientos del usuario y cuantificar con el fin de priorizar su tratamiento	Aumento de requerimientos por una causa en particular	Reporte mensual de los requerimientos del cliente (causas comunes de requerimientos)
Felicitaciones de los usuarios	Auxiliar de ASU	Mensual	Cuantificar la cantidad de felicitaciones por cada uno de los servicios	Aumentar las felicitaciones	Reporte mensual de los requerimientos del cliente (felicitaciones)

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL USUARIO</b>	<b>PS1- ASU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>


	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS1- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN TOMA DE EXAMENES				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción de estudios devueltos a complemento	Conocer las causas por las cuales los estudios regresan al área de toma de examen según criterios del médico.	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética y Coordinador Cardiología	Mensual	$\frac{\text{Total de estudios devueltos a complemento}}{\text{Total de estudios realizados}} * 100$
Proporción de desperdicio películas radiográficas	Identificar las causas del desperdicio para velar por el adecuado uso de los recursos	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética	Mensual	$\frac{\text{Total de películas dañadas}}{\text{Total de películas usadas}} * 100$
Oportunidad en la atención del paciente en los servicios diagnósticos con cita programada	Medir el nivel de respuesta en la atención de servicios diagnósticos en los cuales se ha solicitado cita previa	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética y Coordinador Cardiología	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en servicios diagnósticos con cita y el momento en el cual es realizado el procedimiento}}{\text{Total de procedimientos realizados con citas}}$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS1- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Oportunidad en la atención del paciente en los servicios diagnósticos sin cita programada	Medir el nivel de respuesta en la atención de servicios diagnósticos en los cuales no se ha solicitado cita previa	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética y Coordinador Cardiología	Mensual	<p><i>Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en servicios diagnósticos para pacientes que se encuentran en la institución y el momento en el cual es realizado el procedimiento</i></p> <hr/> <p><i>Total de procedimientos realizados para pacientes que se encuentran en la institución</i></p>
Oportunidad en la atención del paciente que se encuentra en la institución (Hospitalización, UCI, UCIN, Urgencias).	Medir el nivel de respuesta en la atención de servicios diagnósticos para los pacientes que se encuentran en los servicios de Hospitalización, UCI, UCIN, Urgencias	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética y Coordinador Cardiología	Mensual	<p><i>Sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud de atención en servicios diagnósticos para pacientes que se encuentran en la institución y el momento en el cual es realizado el procedimiento</i></p> <hr/> <p><i>Total de procedimientos realizados para pacientes que se encuentran en la institución</i></p>


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS1- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL TOMA DE EXAMENES</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Motivos de demora en la atención del paciente	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Resonancia Magnética y Coordinador Cardiología	Diariamente	Cada vez que se demora la atención del paciente se registra en el FR5-TE “ Registro de Incumplimiento en la atención del paciente” y se hace un conteo por las 5 primeras causas	Se considera demora si se incumple la hora de la cita pactada previamente.	FR5-TE “ Registro de Incumplimiento en la atención del paciente”

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS2- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

<b>INDICADORES DE GESTIÓN ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>				
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>IMPORTANCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FORMULA DE MEDICIÓN</b>
Proporción de estudios objetados por otras entidades o médicos tratantes	Conocer las causas por las cuales no hay conformidad por parte de otras entidades o médicos tratantes, en la toma del examen, calidad de la imagen y/o interpretación del estudio	Coordinador Médico Análisis y Resultados	Mensual	$\frac{\text{Total de estudios objetados justificadamente}}{\text{Total de estudios realizados}} * 100$
Oportunidad en la entrega de resultados	Cumplimiento en los tiempos de la disponibilidad del estudio interpretado para la entrega al paciente	Coordinador Médico Análisis y Resultados	Mensual.	$\frac{\text{Total de estudios entregados oportunamente}}{\text{Total de estudios realizados}} * 100$
Oportunidad en la entrega de los exámenes urgentes	Cumplimiento en los tiempos de la disponibilidad del estudio interpretado, para la entrega al paciente urgente	Coordinador Médico Análisis y Resultados	Mensual	$\frac{\text{Total de estudios urgentes entregados oportunamente}}{\text{Total de estudios urgentes solicitados}} * 100$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS2- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Validación de los datos del paciente con el examen realizado	Médicos Radiólogos, cardiólogos y secretarías de transcripción	Cada vez que se realice una interpretación, transcripción y empaque del estudio	Cada vez que se interprete, transcriba y empaque un estudio se debe verificar en la hoja de gastos los datos del paciente y el estudio realizado	Se acepta si al realizar el chequeo el estudio cumple con todos los requerimientos de entrega	FR3-AR Estudios para entrega de Resultados
Identificación de causas de demora en la entrega de exámenes urgentes	Coordinador Médico Análisis y Resultados	Cada vez que se demore la entrega de un examen urgente	Cada vez que se demore la entrega de un examen urgente se registra en el FR11-AR "Control diario de estudios realizados" y se realiza conteo por las 5 primeras causas de demora	Se retrasa si el examen se entrega después del tiempo estipulado con cada servicio que lo solicite	FR11-AR "Control diario de estudios realizados"




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>PS2- AD</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>


	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTACTO Y ADMISIÓN DEL USUARIO</b>	<b>PS1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>


INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción de cancelación de citas por causas internas	Conocer los motivos o causas de cancelación de la prestación del servicio	Coordinadora Servicios Diagnósticos, Coordinadora Resonancia Magnética y Coordinadora Cardiología	Mensual	$\frac{\text{Número de citas canceladas por causas internas}}{\text{Total de citas asignadas}} * 100$
Oportunidad en la asignación en servicios de imagenología simple(Rayos X, Mamografía, Ecografía, Doppler, Densitometría, Endoscopia, Colonoscopia, Rectosigmoidoscopia, Fluroscopia, Ecotransesofagico, Ecotrastoracico, Ecostress, Monitoreo a la Presion arterial, Holter, Prueba de esfuerzo.	Conocer la disponibilidad de asignación de citas en los servicios diagnósticos	Coordinadora Servicios Diagnósticos y Coordinadora Cardiología	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para servicios diagnósticos y la fecha para la cual se realiza procedimiento}}{\text{Total de atenciones en servicios de imagenología radiología simple}}$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTACTO Y ADMISIÓN DEL USUARIO</b>	<b>PS1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>


Oportunidad en la asignación en servicios de imagenología Especializado (Escanografía, Angiotac, Resonancia Magnética)	Conocer la disponibilidad de asignación de citas de los servicios diagnósticos especializados	Coordinadora Servicios Diagnósticos, Coordinadora Resonancia Magnética.	Mensual	<i>Sumatoria total de los días calendario transcurrido entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para servicios diagnósticos especializados y la fecha para la cual se realiza procedimiento</i> <hr/> <i>Total de atenciones en servicios de imagenología especializada</i>
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (consulta cardiología, gastroenterología, cirugía cardiovascular, hemodinamia, neurología clínica, neuroradiología, vascular periférico, electrofisiología)	Conocer la disponibilidad de asignación de consulta especializada	Coordinador Servicios Diagnósticos, Coordinador Cardiología, Coordinador Angiografía y Coordinador Cirugía	Mensual	<i>Sumatoria total de los días calendario transcurrido entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para consulta especializada y la fecha para la cual se asigna la cita</i> <hr/> <i>Total de consulta especializada asignada</i>

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTACTO Y ADMISIÓN DEL USUARIO</b>	<b>PS1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>


<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Identificación de causas de cancelación de procedimientos	Coordinador Servicios Diagnósticos	Cada vez que se cancele un procedimiento	Cada vez que se cancela un procedimiento se registra en el sistema y se especifica el motivo.	Se cancela el procedimiento si el paciente no cumple con los requerimientos especificados o la institución no cuenta con la capacidad requerida para la atención.	Software Institucional
Procedimientos realizados	Coordinador Servicios Diagnósticos	Cada vez que se realice un procedimiento	Cada vez que se realice un procedimiento se registra en el sistema	Se realiza procedimiento si el paciente cumple con los requerimientos y la institución cuenta con los implementos necesarios para prestar el servicio	Software Institucional
Asignación de procedimiento anticipado por cancelación o apertura de espacios adicionales	Coordinador Servicios Diagnósticos	Cada vez que se cancele un procedimiento o se de apertura de tiempo adicional	Cada vez que se cancele un procedimiento o se de apertura de tiempo adicional se llama al paciente para adelantar la cita programada.	Se asigna procedimiento anticipado si se cancela algún procedimiento programado o si se da apertura a tiempo adicional	FR11-CAU "Procedimientos y/o citas para adelantar Criterios de priorización"

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CONTACTO Y ADMISIÓN DEL USUARIO</b>	<b>PS1- CAU</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CIRUGÍA</b>	<b>PS1- CIR</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en la realización de cirugía programada ambulatoria	Medir la oportunidad en la realización de cirugía programada ambulatoria.	Coordinadora de Cirugía	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos oportunamente para la realización de la cirugía (según programación)}}{\text{Total de cirugías realizadas}} * 100$
Oportunidad en la programación de Cirugía	Conocer la disponibilidad de la oferta del servicio de cirugía	Coordinadora de Cirugía	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de número de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la cirugía}}{\text{Total de cirugías realizadas}} * 100$
Proporción de Cancelación de Cirugía programada	Medir el porcentaje de cancelaciones de las cirugías programadas, con el fin de conocer los motivos o causas de estas cancelaciones	Coordinadora de Cirugía.	Mensual	$\frac{\text{Número total de cirugías canceladas en el periodo}}{\text{Total de cirugías programadas en el periodo}} * 100$
Reintervenciones quirúrgicas	Conocer el porcentaje de pacientes que reingresan a cirugía en un periodo de 24 a 72 horas debido a complicación de su procedimiento primario	Coordinadora de Cirugía.	Mensual	$\frac{\text{Número total de reintervenciones}}{\text{Total de intervenciones de cirugía}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CIRUGÍA</b>	<b>PS1- CIR</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Complicaciones quirúrgicas	Medir el porcentaje de complicaciones que se presentan en las diferentes especialidades quirúrgicas para evaluar las causas.	Coordinadora de Cirugía	Mensual	$\frac{N \text{ mero de pacientes que presentan complicaciones en el per odo}}{\text{Total de procedimientos realizados en el per odo}} * 100$
Complicaciones anestésicas	Medir el porcentaje de complicaciones anestésicas presentadas por los pacientes durante y después del acto anestésico.	Coordinadora de Cirugía	Mensual	$\frac{N \text{ mero de pacientes que presenten complicaciones en el per odo}}{\text{Total de procedimientos realizados en el periodo}} * 100$


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de las condiciones clínicas y de preparación requerida para la realización del procedimiento	Anestesiólogo, Enfermera Jefe, Secretaria clínica	En la programación y en el ingreso de cada paciente para la realización de un procedimiento o cirugía	Verificar estudios solicitados, historia clínica y preparación	Si no cumple con los requisitos solicitados no se puede realizar procedimientos o cirugía	Historia clínica, lista de chequeo, programador de pacientes

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CIRUGÍA</b>	<b>PS1- CIR</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>


Traslado oportuno del paciente a los diferentes servicios según complejidad	Enfermera jefe, Anestesiólogo	Por cada paciente que requiera una internación	Solicitud previa al procedimiento para la disponibilidad de cama según complejidad	Confirmación de cama de acuerdo a solicitud	Solicitud de reserva de cama
Control de Temperatura y Humedad	Auxiliar de enfermería, Auxiliar de farmacia	Diario	Se verifica en el termohidrómetro la temperatura y humedad	Se acepta si la Temperatura se encuentra entre 16 – 22 °C y para la humedad se debe registrar valores entre 45% - 75%	Control de temperatura y humedad FR1-IMA

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO E INTERMEDIO</b>	<b>PS1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Giro Cama	Conocer el número de pacientes que rotan en una cama durante el mes	Coordinador UCI-UCIN	Mensual	$\frac{\text{Número de egresados en el período}}{\text{Número de camas disponibles}} * 100$
Días de Ventilación Mecánica	Conocer el tiempo de soporte ventilatorio de los pacientes según diagnostico (Cardiovascular- Neurológico)	Coordinador UCI-UCIN	Mensual	$\frac{\text{Número de días de ventilación mecánica}}{\text{Total de pacientes conectados en ventilación mecánica}} * 100$
Reingreso de pacientes	Conocer el tiempo en que los pacientes reingresan al servicio de UCI para el manejo del mismo diagnostico antes de 3 días	Coordinador UCI-UCIN	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes que reingresan al servicio de UCI con el mismo diagnóstico antes de 3 días, después o de su egresen al servicio}}{\text{Número de pacientes egresados vivos en el período}} * 100$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO E INTERMEDIO</b>	<b>PS1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>

Porcentaje de ocupación de UCI-UCIN	Medir el porcentaje de ocupación del total de días de cama disponibles	Coordinador UCI-UCIN	Mensual	$\frac{\text{Número de días cama ocupadas en le período}}{\text{Número de días cama disponibles en le período}} * 100$
-------------------------------------	--	----------------------	---------	--


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de las órdenes médicas	Enfermera Jefe	Constantemente durante el turno	Chequear órdenes médicas, ejecutar las órdenes y firmar con nombre y sello	Se acepta si se cumple totalmente con la orden médica	Registro de enfermería, Kardex de enfermería, órdenes médicas
Evolución y ordenes de tratamiento medico	Médico Internista	Cada turno	Chequeo por turno por parte del enfermero jefe	La no realización genera nueva revisión del paciente por parte del médico, ésta revisión debe ser inmediata	Evolución y órdenes médicas de la Historia Clínica

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO E INTERMEDIO</b>	<b>PS1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>


Cuidado Integral del Paciente	Grupo Multidisciplinario UCI	Constantemente durante el turno	Verificar la realización de los cuidados de higiene (baño en horas de la mañana), alimentación asistida, rehabilitación (terapias según orden médica) y confort del paciente durante su estancia.	Durante las reuniones mensuales del servicio se realizara revisión del nivel de cumplimiento por parte del personal, retroalimentando sobre el adecuado manejo de las debilidades encontradas durante el cuidado integral de los pacientes.	Registro de enfermería, evolución médica, evolución de rehabilitación
Cumplimiento de los cuidados de enfermería y de rehabilitación inherentes al diagnóstico del paciente	Enfermero Jefe	Constantemente durante el turno	Curación de heridas quirúrgicas. Realización de hemodiálisis. Toma kg pacientes coronarios. Toma de glucometría. Cambios de posición en pacientes postrados cada 2 horas. Fijación del tubo orotraqueal.	Verificación constante del jefe de enfermería de los registros de los procedimientos realizados por parte del equipo multidisciplinario y exigencia de realizarlo inmediatamente al no encontrarlo realizado.	registros de enfermería Evolución de rehabilitación.

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO E INTERMEDIO</b>	<b>PS1- UCI</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>


	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>PS1- HOS</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>


INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Giro cama.	Conocer el número de pacientes que rotan en una cama durante un mes	Secretaria clínica y coordinadora de hospitalización	Mensual	$\frac{\text{Número de egresos en el periodo}}{\text{Numero de camas disponibles}}$
Proporción de ocupación de hospitalización	Medir el porcentaje de ocupación del total de días camas ofrecidos	Secretaria clínica y coordinadora de hospitalización	Mensual	$\frac{\text{No de días cama ocupada en el periodo}}{\text{No de días camas disponibles en el periodo}} * 100$
Promedio de estancia de pacientes	Analizar el promedio de días hospitalizados de los pacientes que permanecen en hospitalización	Secretaria clínica y coordinadora de hospitalización	Mensual	$\frac{\text{Total de días de permanencia de los apcientes que egresan en el periodo}}{\text{Total pacientes egresados}} * 100$
Reingreso de pacientes hospitalizados	Conocer el tiempo en que los pacientes reingresan a hospitalización para el manejo del mismo diagnostico antes de 3 días.	Secretaria clínica y coordinadora de hospitalización	Mensual	$\frac{\text{No pacientes que reingresan con el mismo DX antes de 3 días despues de su egreso en hospitalización}}{\text{No pacientges egresados vivos en el periodo}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>PS1- HOS</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Evolución y ordenes de tratamiento médico a cada paciente	Médicos generales	Diario	Revisión de historias clínicas por parte del enfermero jefe, si cumple con las ordenes y evolución medica	La no realización genera una valoración inmediata por el médico tratante	Evolución y ordenes medicas
Cumplimiento de las ordenes medicas	Jefe de enfermería	Constantemente durante el turno	Chequeo de las órdenes médicas asignando actividades para el cumplimiento de la orden médica, nombre, sello y hora al final de las órdenes revisadas.	El no cumplimiento durante el turno debe generar una nueva valoración del médico.	Ordenes médicas, Kardex de enfermería.
Medidas de higiene y confort	Auxiliar de enfermería	Diario	Diariamente en horas de la mañana se debe motivar al paciente para el baño, y durante el día debe brindarse todas las medidas de confort	Inmediato cumplimiento de estas acciones.	Notas de enfermería


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>PS1- HOS</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE URGENCIAS</b>	<b>PS1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en la atención de urgencias	Medir el tiempo con el que se comienza a prestar la atención médica.	Secretarios clínicos Médicos generales Enfermera coordinadora	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico}}{\text{Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias}} * 100$
Reingreso al servicio de urgencias	Evaluar la capacidad resolutive del servicio, la calidad de la asistencia y la efectividad del mismo	Secretarios clínicos Enfermera coordinadora	Mensual	$\frac{\text{No total de reingresos al servicio de urgencias en menos de 3 días}}{\text{No de pacientes egresados vivos en el periodo}} * 100$




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE URGENCIAS</b>	<b>PS1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>

Tiempo de permanencia en urgencias	Identificar la eficiencia en que se realiza la asistencia al paciente y se define la conducta	Secretarios clínicos Enfermera coordinadora	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de los tiempos de permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado periodo de tiempo}}{\text{No total de pacientes atendidos en dicho periodo}} * 100$
Tiempo de espera consulta de urgencias TRIAGE II	Medir el tiempo con el que se comienza a prestar la atención de consulta de urgencias TRIAGE II	Secretarios clínicos Enfermera coordinadora	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria total del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita la atención para consulta de urgencias clasificadas como TRIAGE II y el momento en el cual es atendido por parte del médico}}{\text{Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias de TRIAGE II del periodo}} * 100$
Seguimiento a respuesta de remisión a DIME	Identificar la proporción de respuestas de remisión a DIME	Coordinador de urgencias	Mensual	$\frac{\text{No de respuestas de la remisión de pacientes a DIME}}{\text{No de pacientes remitidos a DIME}} * 100$
Seguimiento a respuesta de remisión por DIME	Identificar la proporción de respuestas de remisión por DIME	Coordinador de urgencias	Mensual	$\frac{\text{No de respuestas de la remisión de pacientes por DIME}}{\text{No de pacientes remitidos por DIME}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE URGENCIAS</b>	<b>PS1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>


Seguimiento a respuesta de contraremisión por DIME	Identificar la proporción de respuestas de contraremisión por DIME	Coordinador de urgencias	Mensual	$\frac{\text{No de respuestas de la remisión de contraremisión por DIME}}{\text{No de pacientes contraremitidos por DIME}} * 100$
--	--	--------------------------	---------	---

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de órdenes medicas	Enfermera jefe	En cada turno	Chequear orden por orden dando visto bueno, y al final firmar con nombre y sello	Cumplimiento total de la orden medica	Formato orden médica
Revisión de ingreso al sistema de referencia y contrareferencia de los pacientes comentados	Coordinador de urgencias	Diario	Tipificación de pacientes del sistema de referencia y contrareferencia	Todos los usuario comentados al sistema de referencia y contrareferencia se deben ingresar en la matriz de seguimientos	FR6-URG “seguimiento referencia y contrareferencia – clínica” FR7-URG “seguimiento referencia y contrareferencia - ayudas diagnosticas”

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE URGENCIAS</b>	<b>PS1- URG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>

Administración de medicamentos	Enfermera jefe, Auxiliar de enfermería	En cada turno	Verificar medicamento con los cinco correctos	Ejecución correcta de la administración del medicamento	Formato administración de medicamentos
--------------------------------	---	---------------	---	---	--

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ANGIOGRAFÍA</b>	<b>PS1- ANG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción complicaciones anestésicas.	Determinar las complicaciones anestésicas presentadas durante el procedimiento del paciente con el fin de medir la calidad de la atención del médico anesthesiólogo	Coordinadora de angiografía	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes que presentan complicaciones anestésicas}}{\text{No total de procedimientos realizados}} * 100$
Proporción complicaciones durante el procedimiento	Determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes en los pacientes sometidos a procedimientos en la sala de angiografía para evaluar sus causas	Coordinadora de angiografía	Mensual	$\frac{\text{No de complicaciones derivadas de los procedimientos angiograficos}}{\text{No total de procedimientos realizados}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ANGIOGRAFÍA</b>	<b>PS1- ANG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Oportunidad en la realización de procedimientos angiográficos	Identificar las causas por la falta de oportunidad en la realización de procedimientos hagiográficos	Coordinadora de angiografía	Mensual	$\frac{\text{No de pacientes atendidos oportunamente (15min) para la atención de la realización de procedimientos}}{\text{No total de procedimientos realizados}} * 100$
---	--	-----------------------------	---------	--

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de las condiciones clínicas y preparación requerida para realización del procedimiento	Médico general, Enfermera jefe, Secretaria clínica	Al ingreso de cada paciente para la realización de un procedimiento o cirugía	Verificar estudios solicitados, historia clínica, y preparación	Si no cumple con los requisitos solicitados no se puede realizar procedimientos o cirugía	Historia clínica, programación de pacientes
Tiempo de atención del paciente	Secretaria clínica	Por cada paciente	Verificación agenda de citas	>= 15 minutos de tolerancia en la hora de atención del paciente	Matriz de oportunidad en la atención

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ANGIOGRAFÍA</b>	<b>PS1- ANG</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

Traslado oportuno del paciente a los diferentes servicios según complejidad	Enfermera jefe, Secretaria clínica	Por cada paciente que requiera una internación	Solicitud previa al procedimiento para la disponibilidad de cama	Entre 1 a 4 horas de recuperación	Historia clínica
---	------------------------------------	--	--	-----------------------------------	------------------

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 7</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en entrega de resultados	Asegurar la entrega oportuna de resultados emitidos por el Laboratorio de Inmunogenética	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de resultados entregados en el tiempo programado}}{N \text{ mero total de pruebas realizadas mes}} * 100$
Control de calidad interno de pruebas de Inmunogenética	Asegurar la validez de los resultados de las pruebas Tipificación de HLA, PRA y anticuerpos citotóxicos.	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de pruebas que cumplen control de calidad interno valido}}{N \text{ mero total de pruebas realizadas}} * 100$
Proporción de repetición de pruebas	Medir la repetición de pruebas del montaje de HLA y P.R.A. cualitativo y cuantitativo para garantizar la optimización d tiempos de entrega de resultados.	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de repeticiones de pruebas}}{N \text{ mero total de pruebas realizadas}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 7</b>


Proporción de aceptación de muestras	Medir el porcentaje de muestras que cumplen con los criterios de aceptación del Laboratorio de Inmunogenética	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de muestras que cumplen con criterios de aceptación}}{N \text{ mero total de muestras tomadas}} * 100$
Proporción de Ordenes médicas mal diligenciadas	Medir el porcentaje de órdenes médicas que no cumplen con el debido diligenciamiento	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de ordenes médicas mal diligenciadas}}{N \text{ mero total de ordenes médicas}} * 100$
Proporción de Rechazo hiperagudo en pacientes trasplantados de riñón con Prueba cruzada por citotoxicidad negativa	Medir el porcentaje de pacientes que presentaron Rechazo hiperagudo en pacientes trasplantados de riñón con Prueba cruzada por citotoxicidad negativa	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de pacientes trasplantados de riñón con rechazo hiperagudo}}{N \text{ mero total de pacientes trasplantados de riñón con prueba cruzada por citotoxicidad negativa}} * 100$




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 7</b>

Proporción de Concordancia de resultados con el control de calidad externo	Medir el porcentaje de resultados concordantes con el control de calidad externo	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	2 veces al año (Control de calidad nacional) Mensual (control de calidad internacional)	$\frac{N \text{ mero de resultados concordantes con el control de calidad externo}}{N \text{ mero de resultados del control de calidad externo}} * 100$
Proporción de Errores de transcripción de resultados	Medir el porcentaje de reportes de resultados que cumplen se emitieron con errores de transcripción	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Mensual	$\frac{N \text{ mero de reportes de resultados con algún error transcripción de datos}}{N \text{ mero total de resultados reportados en el periodo}} * 100$


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Errores detectados en la hemoclasificación del paciente	Bacteriólogas	Cada vez que se requiera confirmar la hemoclasificación realizada por laboratorio(s) diferente(s) al Laboratorio	Verificación de los resultados obtenidos en laboratorios externos, por medio de la hemoclasificación realizada	Los dos resultados obtenidos deben ser iguales.	FR4-LAB "Registro de pacientes y exámenes solicitados"

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 7</b>

Cantidad de muestras remitidas a la red de laboratorios de apoyo	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Cada vez que se remita una muestra a un laboratorio de apoyo	Cada vez que se remita una muestra a un laboratorio de apoyo se registra en el FR3-LAB "Control de envío de muestras y entregas de resultados de pruebas enviadas al laboratorio de apoyo" y se contabiliza mensualmente	Se remite una muestra cada vez que la capacidad instalada en equipos y personal no abastezca las solicitudes realizadas por los pacientes	FR3-LAB "Control de envío de muestras y entregas de resultados de pruebas enviadas al laboratorio de apoyo"
Cantidad de segundas muestras solicitadas	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Cada vez que se solicite una nueva muestra	Cada vez que solicita una nueva muestra se registra en el FR4-LAB "Registro de pacientes y exámenes solicitados" Y se contabiliza mensualmente	Se acepta si se solicita segundas muestras cuando las pruebas iniciales no permiten obtener resultados confiables	FR4-LAB "Registro de pacientes y exámenes solicitados"

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 5 de 7</b>


Número de Interconsultas solicitadas a Inmunología de trasplantes	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Cada vez que los servicios de trasplante soliciten una interconsulta	Los servicios de trasplantes solicitan interconsulta a través del formato de solicitud de interconsulta, se contabiliza mensualmente y se reporta al Laboratorio de Inmunogenética	Se acepta si la interconsulta es para inmunología de Trasplantes	FT-LAB “Ficha técnica de Indicadores Laboratorio Especializado”
Tiempo de espera para la admisión del paciente en la recepción de toma de muestras	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Muestra representativa Trimestral	Se toma una muestra representativa de pacientes que acuden a la toma de muestra de los programas de trasplante y se mide el tiempo de atención través de un cronómetro y se registra en el formato de control de tiempos	Se acepta si el tiempo obtenido es menor a 20 minutos	Formato de control de tiempos

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 6 de 7</b>


Tiempo de permanencia de las muestras del Laboratorio de Inmunogenética en el Laboratorio tercerizado	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Muestra representativa Mensual	Se toma una muestra representativa de muestras y se verifica el tiempo desde que se toma la muestra hasta que llega al laboratorio de Inmunogenética	Se acepta si las muestras se reciben en el laboratorio en menos de 8 horas, luego de la toma de la muestra	FR1-LAB “Envío y recepción de muestras”
Tiempo de transporte de muestras de donante fallecido, entre el hospital periférico y laboratorio de Inmunogenética (mensajero con muestras donante fallecido)	Coordinador Médico Laboratorio Inmunogenética	Muestra representativa mensual	Se toma el tiempo desde que el mensajero recibe las muestras en el hospital periférico, hasta que llegan al laboratorio de Inmunogenética	Se acepta si es menor a 60 minutos	FR1-LAB “Envío y recepción de muestras”

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LABORATORIO ESPECIALIZADO</b>	<b>PS1- LAB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 7 de 7</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS1- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN PARA TRASPLANTE RENAL				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Sobrevida del paciente	Determinar el impacto del trasplante en la sobrevida del paciente con insuficiencia renal crónica	Coordinadora de enfermería de trasplante	Trimestral	$\frac{\text{No de pacientes vivos}}{\text{No de pacientes trasplantados}} * 100$
Sobrevida del injerto	Determinar el tiempo de duración del injerto funcional	Coordinadora de enfermería de trasplante	Trimestral	$\frac{\text{No de injertos funcionantes}}{\text{No total de pacientes trasplantados}} * 100$
Rechazo agudo	Determinar la efectividad del manejo utilizado para prevención del rechazo	Coordinadora de enfermería de trasplante	Trimestral	$\frac{\text{No de episodios de rechazo agudo}}{\text{No de pacientes sometidos a trasplante de donante vivo o cadavérico}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS1- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Complicaciones quirúrgicas de trasplante	Determinar cuáles son las complicaciones quirúrgicas para evaluar sus causas y el impacto en los resultados	Coordinadora de enfermería de trasplante	Trimestral	$\frac{\text{No de complicaciones quirúrgicas}}{\text{No de pacientes sometidos a trasplante de donante vivo o dadavérico}} * 100$
--	---	--	------------	--

VARIABLES DE CONTROL DE TRASPLANTE RENAL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Adherencia de Protocolos y guías Médicas	Coordinadora de enfermería de trasplante	Cada vez que se Aplica un protocolo a un paciente	Aplicación de la evaluación de adherencia de protocolos de Trasplante	El cumplimiento mínimo de los protocolos es de Un 95%	Evaluación de adherencia de guías de trasplante

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS1- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

Seguimiento de pacientes en la fase de pretrasplante	Coordinadora de enfermería de trasplante	Diario	Se ingresa datos del paciente una vez inicie el protocolo de pretrasplante, y a medida que se realiza la atención se completa la lista de seguimiento	Ingreso de datos completos en la matriz de seguimiento, a medida que se realiza la atención	Matriz de seguimiento de pretrasplante renal
Educación y valoración inicial por enfermería al paciente que inicia protocolo de evaluación pretrasplante	Coordinadora de enfermería de trasplante	Cada vez que un paciente inicia protocolo pretrasplante	Educación al paciente y familia sobre todos los aspectos de la evaluación pretrasplante	Brindar educación a todos los pacientes que inician protocolo de evaluación pretrasplante	FR24-TRA “valoración de enfermería trasplante renal” FR10-GTH “control de asistencia” y lista de chequeo de evaluación pretrasplante renal
Educación al paciente trasplantado	Coordinadora de enfermería de trasplante	Cada vez que se trasplanta un paciente y antes de su egreso	Educación al paciente sobre todos los cuidados y seguimiento postrasplante	Brindar educación a todos los pacientes trasplantados	Se registra educación en FR8-AM “notas de enfermería”
Seguimiento de pacientes en la fase de postrasplante renal	Coordinadora de enfermería de trasplante cardíaco	Semanal	Revisión de tabla de seguimiento diario que el paciente diligencia en su hogar	Diligenciamiento del 100% de la ficha con datos fidedignos	Tabla de seguimiento diario de postrasplante renal



	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS2- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

<b>INDICADORES DE GESTIÓN PARA TRASPLANTE CARDIACO</b>				
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>IMPORTANCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FORMULA DE MEDICIÓN</b>
Sobrevida del receptor con injerto funcionando	Identificar el impacto que tiene el trasplante cardiaco en el paciente con insuficiencia cardiaca avanzada	Coordinadora de enfermería de trasplante cardiaco	Anual	$\frac{\text{No de pacientes trasplantados vivos}}{\text{No de pacientes trasplantados}} * 100$
Sobrevida del receptor con injerto en disfunción crónica	Determinar las variables que contribuyen a la disfunción del injerto	Coordinadora de enfermería de trasplante cardiaco	Anual	$\frac{\text{No de injertos en disfunción crónica}}{\text{No total de pacientes trasplantados}} * 100$
Rechazo	Determinar la Efectividad del Manejo utilizado Para prevención Del rechazo	Coordinadora de Enfermería de Trasplante cardiaco	Mensual	$\frac{\text{No de episodios de rechazo}}{\text{No de pacientes trasplantados}} * 100$
Complicaciones Generales trasplante cardiaco	Determinar Complicaciones generales con el fin de orientar el manejo a una mejor atención	Coordinadora de enfermería de trasplante cardiaco	Semestral	$\frac{\text{No de complicaciones generales}}{\text{No de pacientes sometidos a trasplante}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS2- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

<b>VARIABLES DE CONTROL DE TRAPLANTE CARDIACO</b>					
<b>VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR</b>	<b>RESPONSABLE DEL CONTROL</b>	<b>FRECUENCIA DE CONTROL</b>	<b>MÉTODO O FORMA DE CONTROL</b>	<b>CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO</b>	<b>REGISTRO</b>
Vigilar métodos de educación al paciente trasplantado	Coordinadora de enfermería de trasplante cardíaco	Mensual	Aplicación de auditorías internas para revisión de dichos métodos	Alcanzar una adherencia del 95% al programa	Evaluación de métodos educativos
Monitorizar tabla de seguimiento diario	Coordinadora de enfermería de trasplante cardíaco	Mensual	Revisión de ficha que el paciente diligencia de manera diaria en su hogar	Diligenciamiento del 100% de la ficha con datos fidedignos	Ficha de seguimiento individual
Seguimiento telefónico	Coordinadora de enfermería de trasplante cardíaco	Diario	Diligenciar el formato de seguimiento telefónico del programa	Identificar el 90% de signos y síntomas de alarma de rechazo. Identificar el 50% de adherencia al programa	Ficha de seguimiento telefónico
Revisión de notas operatorias	Coordinadora de enfermería de trasplante cardíaco	Cada que se presente un trasplante cardiaco	Revisar notas operatorias con el fin de captar complicaciones del paciente durante el procedimiento	Lograr el 100% de captura de datos de complicaciones generales	Historia clínica

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRASPLANTE</b>	<b>PS2- TRA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE REHABILITACIÓN</b>	<b>PS1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 5</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en la asignación de cita de rehabilitación	Medir el tiempo de respuesta por parte del proceso de rehabilitación en la asignación de cita	Coordinador de rehabilitación	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en rehabilitación y la fecha para la cual es asignada la cita}}{\text{Número de asignaciones realizadas}} * 100$
Proporción de cancelación de citas de rehabilitación	Relación de causas internas y externas que están presentándose para la cancelación de citas en rehabilitación	Coordinador de rehabilitación	Mensual	$\frac{\text{Número de terapias canceladas por factores institucionales}}{\text{Total terapias programadas}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE REHABILITACIÓN</b>	<b>PS1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 5</b>

Independencia del paciente	Mejorar o mantener la independencia del paciente que se encuentra dentro del programa de rehabilitación	Coordinador de rehabilitación	Cada 4 meses	<i>Sumatoria de las calificaciones del FR65–AM  "Formato de valoración de la independencia"  realizado a todos los pacientes que  terminan su tratamiento</i> $\frac{\text{Sumatoria de la calificación máxima}}{\text{que se puede obtener por todos los pacientes que egresan}} * 100$
Ausentismo en el programa de rehabilitación	Medir la cantidad de pacientes que inician terapias y no vuelven hasta después de 3 semanas	Coordinador de rehabilitación	Trimestral	<i>Número de pacientes que inician terapia  y no vuelven hasta después de 3 semanas</i> $\frac{\text{Total de pacientes que inician programa de rehabilitación}}{\text{Total de pacientes que inician programa de rehabilitación}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE REHABILITACIÓN</b>	<b>PS1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 5</b>

Proporción de complicaciones terapéuticas en rehabilitación	Medición de complicaciones terapéuticas derivadas de las intervenciones, actividades y procedimientos de rehabilitación como: Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes, intolerancia de la actividad física y paro cardio respiratoria	Coordinador de rehabilitación	Mensual	$\frac{\text{Número de complicaciones terapéuticas presentadas}}{\text{Total de terapias realizadas}} * 100$
Adherencia al programa de rehabilitación	Identificar a los pacientes que completan la orden médica y siguen las instrucciones del programa	Coordinador de rehabilitación	Cada 4 meses	$\frac{\text{Pacientes que completan tratamiento propuesto por el médico}}{\text{Total de pacientes que inician tratamiento}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE REHABILITACIÓN</b>	<b>PS1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 5</b>

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Número de terapias realizadas al mes	Coordinador de rehabilitación	Mensual	Cada vez que el paciente asiste a la cita se cuenta en el formato de estadística diaria	Se acepta si se registran todas las terapias realizadas y se acepta si cada mes se incrementa el número de tratamientos en comparación del mes anterior	Formato de estadística diaria

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE REHABILITACIÓN</b>	<b>PS1- REH</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 5 de 5</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			





## PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INSUFICIENCIA CARDIACA

PS1- PCL


Fecha de Emisión:  
Fecha de Revisión:  
Fecha de Actualización:

VERSIÓN


Página 1 de 4

### INDICADORES DE GESTIÓN

NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Oportunidad en la consulta externa de insuficiencia cardiaca	Medir el tiempo de respuesta del proceso de insuficiencia cardiaca para la asignación de cita de consulta externa	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de los días calendario entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha para la cual es asignada la cita}}{\text{Número total de consultas asignadas en el mes}} * 100$
Proporción de cancelación de consulta externa de insuficiencia cardiaca	Identificar los motivos o causas de cancelación de consulta externa en insuficiencia cardiaca	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de consultas canceladas en el período}}{\text{Total de consultas programadas en el período}} * 100$
Adherencia al tratamiento de insuficiencia cardiaca	Verificar que el paciente con insuficiencia cardiaca siga con el tratamiento dado por insuficiencia cardiaca	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes adherentes al tratamiento}}{\text{Número de pacientes evaluados en el período}} * 100$


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>PS1- PCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 2 de 4</b>

Proporción de pacientes con autocuidado de su salud	Garantizar por medio del seguimiento el cumplimiento de la atención, control y el manejo del paciente que pertenece al programa de insuficiencia cardiaca.	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes con autocuidado bajo}}{\text{Número de pacientes evaluados en el período}} * 100$
Proporción de pacientes hospital día	Analizar el número de pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el servicio de hospital día.	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos en hospital día}}{\text{Total de pacientes del programa de insuficiencia cardiaca}} * 100$
Proporción de pacientes fallecidos	Medir la cantidad de pacientes fallecidos que pertenecen al programa de insuficiencia cardiaca	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes fallecidos que pertenecen al programa de insuficiencia cardiaca}}{\text{Total de pacientes del programa de insuficiencia cardiaca}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>PS1- PCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 3 de 4</b>

Proporción de pacientes descompensados	Medir la cantidad de pacientes descompensados por causa de su enfermedad o falta de adherencia al tratamiento	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes descompensados del programa de insuficiencia cardiaca}}{\text{Número total de pacientes del programa de insuficiencia cardiaca}} * 100$
--	---	--	---------	--

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Seguimiento telefónico y acompañamiento cercano con el paciente	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Según necesidad	Mediante llamadas telefónicas para hacer rastreo de factores que puedan interferir en la adherencia al tratamiento	Se acepta si se realiza seguimiento a más del 100% de pacientes que requieren seguimiento según su estado de salud y 50% de la población estable	Formato de Seguimiento telefónico
Número de Interconsultas realizadas	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensualmente	Se realiza mediante revista diaria en los servicios asistenciales	Se deben realizar al 100% de los pacientes hospitalizados	Censo interconsultas de Insuficiencia cardiaca

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	<b>PS1- PCL</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 4 de 4</b>

Número de Intervenciones realizadas por Psicología	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensualmente	Se verifica en la historia Clínica del paciente	Se deben realizar al 100% de los pacientes que requieran la intervención	Censo interconsultas de Insuficiencia cardiaca
Número de Intervenciones realizadas por Enfermería	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensualmente	Se verifica en la historia Clínica del paciente	Se deben realizar al 100% de los pacientes que requieran la intervención	Censo interconsultas de Insuficiencia cardiaca
Número de intervenciones realizadas por Nutricionista	Coordinadora de enfermería de Insuficiencia Cardiaca	Mensualmente	Se verifica en la historia Clínica del paciente	Se deben realizar al 100% de los pacientes que requieran la intervención	Censo interconsultas de Insuficiencia cardiaca

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTURACIÓN</b>	<b>PS1- GF</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción de radicación de facturas	Evaluar si todas las cuentas con sus facturas son entregadas oportunamente a las entidades	Jefe de facturación	Mensual	$\frac{\text{Valor de facturación radicada en el periodo}}{\text{Valor de facturación realizada en el periodo}} * 100$
Devolución de facturas	Medir la efectividad de la facturación	Jefe de cartera	Mensual	$\frac{\text{Valor de facturas devueltas en el periodo}}{\text{Total valor de facturación radicada en el periodo}} * 100$


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTURACIÓN</b>	<b>PS1- GF</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Liquidación y cierre de facturas	Auxiliares de facturación	Por egreso de pacientes y admisión del usuario	Revisión y comparación de historia clínica Vs cargos efectuados en el sistema por usuario	Todos los servicios realizados deben estar cargados y facturados según convenios vigentes con las entidades	Matriz de inconsistencias y liquidación y cierre de facturas
Verificación de autorizaciones de servicios	Facturadores y Auditor médico	Por ingreso de paciente	Documento físico que evidencie la autorización, llamadas telefónicas y correos de las entidades	Todo paciente debe estar debidamente autorizado	Autorización física, número virtual o telefónico
Soportes de factura	Auditor médico y Facturador	Por egreso de pacientes	Verificación física con factura	Toda factura debe estar debidamente soportada	Historia clínica
Verificar en cada factura el servicio prestado	Facturador y Auditor médico	Por cada factura	Verificación de registros médicos	Toda factura debe estar debidamente soportada y autorizada	Factura


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTURACIÓN</b>	<b>PS1- GF</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 4</b>


INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Cumplimiento cronograma de calibración de equipos de tecnología biomédica	Dar cumplimiento en la ejecución del programa de calibración de los equipos de tecnología biomédica	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Calibraciones ejecutadas}}{\text{Calibraciones planificadas}} * 100$
Proporción de tiempo de parada de los equipos de tecnología biomédica del servicio diagnóstico	Determinar el tiempo real de parada de los equipos de tecnología biomédica del servicio diagnóstico	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Tiempo de paradas de los equipos de tecnología biomédica del servicio de diagnóstico}}{\text{Tiempo total establecido de trabajo de los equipos de tecnología biomédica del servicio de diagnóstico}} * 100$




	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 4</b>

Cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de tecnología biomédica	Dar el cumplimiento en la ejecución del programa de mantenimiento de los equipos de tecnología de tecnología biomédica	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Mantenimeintos ejecutados}}{\text{Mantenimientos planificados}} * 100$
Tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de equipos de tecnología biomédica	Establecer el tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de los equipos de tecnología	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de los minutos transcurridos entre la solicitud de mantenimiento hasta el momento en que se da respuesta}}{\text{Total de solicitudes}} * 100$


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT- TB</b>
<b>Fecha de Emisión:</b> <b>Fecha de Revisión:</b> <b>Fecha de Actualización:</b>	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 4</b>


Número de paradas de equipos fuera de servicio	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se verifica realizando una comparación entre la capacidad del equipo con el tiempo que realmente estuvo en operación	Como máximo tener el 1% fuera de servicio	FR13-TB parada de equipos
Verificación del estado de calibración de equipos médicos de tecnología biomédica	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	De acuerdo con los criterios establecidos de cada equipo	Verificación certificados de calibración entregados por el proveedor con sus patrones de medición	No se acepta equipos por fuera del rango de calibración	Certificados de calibración y certificados de los patrones
Aceptación de solicitudes de mantenimiento de equipos de tecnología biomédica	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se verifica en el software de mesa de ayuda	Se acepta si la solicitud la realiza el mismo proceso en el que se origina el requerimiento	Mesa de ayuda
Verificar el estado de mantenimiento de equipos médicos de tecnología biomédica	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	De acuerdo al cronograma de mantenimiento de equipos de tecnología biomédica	Verificación del reporte o informe de mantenimiento	Se acepta si el mantenimiento preventivo se realiza de acuerdo a los lineamientos especificados	Informe o reposte de mantenimientos

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA</b>	<b>FT- TB</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 4</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PS1- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Cumplimiento cronograma de mantenimiento infraestructura	Dar el cumplimiento en la ejecución del programa de mantenimiento de infraestructura	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	$\frac{\text{Mantenimientos de infraestructura realizados}}{\text{Mantenimientos de infraestructura planificados}} * 100$
Cumplimiento cronograma de mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario	Dar el cumplimiento en la ejecución del programa de mantenimiento de los equipos de equipos industriales de uso hospitalario	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	$\frac{\text{Mantenimientos de equipos industriales realizados}}{\text{Mantenimientos de equipos industriales planificados}} * 100$
Tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de infraestructura	Establecer el tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de infraestructura	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de los minutos transcurridos entre la solicitud de mantenimiento de la infraestructura y el momento en que se da respuesta}}{\text{Total de solicitudes de mantenimiento de infraestructura}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PS1- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de Equipos industriales de uso hospitalario	Establecer el tiempo de respuesta a las solicitudes de mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de los minutos transcurridos entre la solicitud de mantenimiento de equipos industriales y el momento en que se da respuesta}}{\text{Total de solicitudes de mantenimiento de equipos industriales}} * 100$
--	--	--	---------	--

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de solicitudes de mantenimiento de infraestructura	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	Verificando por medio del formato solicitud de mantenimiento fr1-tba	No se acepta solicitudes de otras áreas	Recepción de satisfacción del trabajo
Cumplimiento de solicitudes de mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario	Coordinador tecnología biomédica y ambiente físico	Mensual	Verificando por medio del formato solicitud de mantenimiento fr1-tba	No se acepta solicitudes de otras áreas	Recepción de satisfacción del trabajo

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PS1- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE MEDIO AMBIENTE</b>	<b>PS2- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>

INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Destinación para reciclaje	Identificar la cantidad de residuos reciclables generados	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de residuos reciclados en Kg por mes}}{\text{Cantidad total de residuos producidos en Kg por mes}} * 100$
Destinación para incineración	Identificar la cantidad de residuos que van a ser incinerados	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de residuos incinerados en Kg por mes}}{\text{Cantidad total de residuos producidos en Kg por mes}} * 100$
Destinación para rellenos sanitarios	Identificar la cantidad de residuos con destinación al relleno sanitario	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario en Kg por mes}}{\text{Cantidad total de residuos producidos en Kg por mes}} * 100$
Destinación para otro sistema (celdas de seguridad, aislamiento, entre otros)	Identificar la cantidad de residuos con destinación a encapsulamiento y otros sistemas	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	$\frac{\text{Cantidad de residuos dispuestos para cementación en Kg por mes}}{\text{Cantidad total de residuos producidos en Kg por mes}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE MEDIO AMBIENTE</b>	<b>PS2- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>

Cumplimiento de capacitaciones ambientales	Dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones ambientales	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Trimestral	$\frac{\text{Número de capacitaciones ambientales ejecutadas}}{\text{Número total de capacitaciones planificadas}} * 100$
--	--	--	------------	---

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERISTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Consumo de agua	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se observa en recibo de servicios públicos	Se acepta menor a 800 m <sup>3</sup>	Formato de consolidado servicios públicos
Consumo de energía	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se observa en recibo de servicios públicos	Se acepta menor a 176 Kilo Vatio/hora	Formato de consolidado servicios públicos
Consumo de gas natural	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se observa en recibo de consumo	Se acepta menor a 130 m <sup>3</sup>	Formato de consolidado servicios públicos



	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE MEDIO AMBIENTE</b>	<b>PS2- IMA</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>

Generación de residuos sólidos	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se observa en el FR10-IMA formulario RH1 diario	Se acepta menor a 2400 Kg	FR10-IMA formulario RH1 diario
Beneficios económicos por reciclaje	Coordinador tecnología biomédica, infraestructura y medio ambiente	Mensual	Se observa en certificado de recolección de reciclaje	No se acepta si es menor a \$40.000	Certificado de recolección de reciclaje

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</b>	<b>PS1- TIC</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 3</b>


NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción de cumplimiento en la solución de solicitudes	Mantener la operación de los procesos dependientes de herramientas a cargo de tecnología de la información	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Mensual	$\frac{\text{Total de soluciones por tecnología de la información y comunicaciones}}{\text{Total de solicitudes a tecnología de la información y comunicaciones}} * 100$
Nivel de satisfacción de la solución de solicitudes	Mantener un excelente nivel de atención a fallas y seguimiento de soluciones	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Mensual	$\frac{\text{Total de soportes calificados positivamente}}{\text{Total de soportes en el período}} * 100$
Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo	Mantener los equipos de cómputo en buen estado	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Mensual	$\frac{\text{Total de mantenimientos preventivos realizados}}{\text{Total de quipoe programados}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</b>	<b>PS1- TIC</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 3</b>


VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Cumplimiento de la revisión de estado en línea de servidores	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Diario	Revisión diaria de acceso a servidores a través de la red	Se debe cumplir al 100%	Estado en línea de servidores FR7-TIC
Cumplimiento de la revisión de los back up para garantizar el buen estado del mismo	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Diario	Revisión diaria de los archivos contenidos en e back up	Se debe cumplir al 100%	Realización y verificación de back up FR10-TIC
Control de temperatura y humedad	Auxiliar y Jefe de tecnología de la información y comunicaciones	Diario	Se verifica en el termohidrómetro la temperatura y humedad	Se acepta si la temperatura se encuentra entre 16 - 22 C y para la humedad se debe registrar valores entre 45% - 75%	Control de temperatura y humedad FR1-IMA

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</b>	<b>PS1- TIC</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 3</b>


	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ			
REVISÓ			
APROBÓ			

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>PS1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 1 de 5</b>


INDICADORES DE GESTIÓN				
NOMBRE INDICADOR	IMPORTANCIA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FORMULA DE MEDICIÓN
Proporción de entrega de paquetes solicitados esterilizados	Controlar y hacer efectivas las entregas de paquetes esterilizados de acuerdo a las solicitudes realizadas	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Mensual	$\frac{\text{Número de paquetes solicitados esterilizados entregados a los servicios}}{\text{Total de paquetes esterilizados solicitados por los servicios}} * 100$
Oportunidad en la entrega de paquetes esterilizados	Realizar control de la entrega según los tiempos establecidos de los paquetes esterilizados	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Mensual	$\frac{\text{Sumatoria de las horas transcurridas entre la solicitud de esterilización hasta el momento en que se entrega el paquete esterilizado}}{\text{Total de solicitudes de paquetes esterilizados en el periodo}} * 100$
Cumplimiento de las condiciones de esterilización	Entregar el producto que cumpla con todas las condiciones de esterilidad	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Mensual	$\frac{\text{Total de paquetes esterilizados que cumplen las condiciones de esterilización adecuadas}}{\text{Total de paquetes esterilizados en el periodo}} * 100$

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>PS1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 2 de 5</b>

Adherencia al cumplimiento del reuso	Realizar seguimiento al reuso de los dispositivos, con el propósito de cumplir con las especificaciones determinadas, las cuales no afecten la seguridad del paciente	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Mensual	$\frac{\text{Número de dispositivos que cumplen con las especificaciones de reuso}}{\text{Número total de dispositivos médicos reusados}} * 100$
--------------------------------------	---	--	---------	--


	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>PS1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 3 de 5</b>

VARIABLES DE CONTROL					
VARIABLES O CARACTERÍSTICAS A CONTROLAR	RESPONSABLE DEL CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	MÉTODO O FORMA DE CONTROL	CRITERIO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO	REGISTRO
Control de temperatura y humedad de almacenamiento de dispositivos médicos	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Diario	Lectura del Termohidrómetro	Temperatura entre 15 – 25 C Humedad relativa entre 45 - 75	FR1-IMA Control de temperatura y humedad
Tiempo del proceso de esterilización en óxido de etileno	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Diario	Se verifica por medio una tirilla de ciclo	Se rechaza si no ha cumplido con el tiempo de aireación estipulado (4 horas)	Formato control de indicadores químicos y biológicos
Tiempo del proceso de esterilización en vapor	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Diario	Se verifica por medio una tirilla de ciclo	Se rechaza si el esterilizador aborta antes de 50 minutos	Formato control de indicadores químicos y biológicos

	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>PS1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 4 de 5</b>

Concentración del óxido de etileno	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Cada vez que se realice esterilización en óxido de etileno	Se observa el cambio en el color del indicador químico (partes por millón)	Se acepta si pasa de color marrón a verde sino el dispositivo no es estéril	Formato control de indicadores químicos y biológicos
Temperatura del proceso de esterilización en vapor	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Cada vez que se realice esterilización en óxido de vapor	Se observa el cambio en el color del indicador químico (partes por millón)	Se acepta si el indicador pasa los rangos de no aceptación	Formato control de indicadores químicos y biológicos
Inspecciones realizadas al proceso de reúso	Auxiliares y Coordinador de esterilización	Semanal	Se verifica el cumplimiento de las especificaciones del dispositivo	Se acepta si el dispositivo cumple con las condiciones de reúso adecuadas	Se registra en la lista de chequeo de reúso de dispositivos



	<b>PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ESTERILIZACIÓN</b>	<b>PS1- EST</b>
Fecha de Emisión: Fecha de Revisión: Fecha de Actualización:	<b>VERSIÓN 01</b>	<b>Página 5 de 5</b>

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>			
<b>REVISÓ</b>			
<b>APROBÓ</b>			